

Opinnäytetyö (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja
2012

Kristiina Saanakorpi ja Erja Yönti-Kalske

IKÄIHMISEN RAVITSEMUSTOTTUMUKSET

– kyselylomakkeen kehittäminen neuvontaan



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Kristiina Saanakorpi ja Erja Yönti-Kalske

IKÄIHMISEN RAVITSEMUSTOTTUMUKSET

-kyselylomakkeen kehittäminen neuvontaan

Perusturvakuntayhtymä AKSELI on vastannut vuoden 2011 alusta Maskun, Mynämäen ja Nousiaisten perusterveydenhuollosta sekä ikäihmisten palveluista. Yhteistyössä Turun ammattikorkeakoulun Terveystulosalueen kanssa käynnistettiin samalla Terve AKSELI-kehittämishanke, jossa tavoitteena on kehittää uusia toimintamalleja ikäihmisten palveluihin esim. seniorineuvolatoimintaa.

Opinnäytetyön tarkoituksena ja tavoitteena oli kehittää kyselylomake seniorineuvolaan ikäihmisen ravitsemustottumusten kartoittamiseksi ja neuvonnan tueksi. Opinnäytetyön kohteena ovat ikäihmisen ravitsemustottumukset ja niihin vaikuttaminen neuvonnan keinoin. Kyselylomakkeen tarkoituksena on olla seniorineuvolan tai muun aikuisvastaanoton työväline ravitsemusneuvonnassa, jossa pyritään vaikuttamaan ikäihmisen ravitsemustottumuksiin.

Opinnäytetyö toteutettiin informatiivista haastattelua ja systemaattista kirjallisuuskatsausta soveltaen. Se on toiminnallinen opinnäytetyö, jonka lopputuotoksena on käytännön työssä hyödynnettävä produkti eli kyselylomake ikäihmisen ravitsemustottumuksista. Työn tarkoituksena on tuottaa laadukasta ja tutkittuun tietoon perustuvaa tietoa ikäihmisen ravitsemustottumuksista ja siitä, miten neuvonnan avulla niihin on mahdollista vaikuttaa. Tavoitteena on tehdä ikäihmisen ravitsemustottumusten kartoittamiseksi selkeä kyselylomake, joka on työväline terveydenhuollon ammattilaiselle ravitsemusneuvonnassa. Lomakkeen tarkoituksena on myös samalla herättää ikäihmistä miettimään omia ravitsemustottumuksiaan.

Kyselylomakkeen aihealueet ravitsemustottumuksiin liittyen käsittelevät ateriaritymiä ja -laatua, omaa näkemystä ravitsemuksesta ja ruokailusta, suun hyvinvointia, rasvan, suolan, kuidun, proteiinin, D-vitamiinin ja nesteen saantia. Kysymykset suunniteltiin kirjallisuuskatsaukseen perustuen, jossa yhtenä osana olivat aikaisemmin kehitetyt lomakkeet Mini Nutritional Assessment (MNA), Index of Diet Quality (IDQ), tyypin 2 diabetesriskitesti ja Suomen Sydänliiton Testaa syömistottumuksesi -testi. Osa kysymyksistä on opinnäytetyöntekijöiden suunnittelemaa.

Ikäihmisen ravitsemustottumusten kyselylomaketta voidaan kehittää jatkossa käytettäväksi myös tiedon keräämiseen ja edelleen uusien toimintamallien luomiseen. Sen avulla voidaan myös yhtenäistää terveydenhuollon ammattihenkilöiden antamaa ravitsemusneuvontaa ja kohdentaa oikein uuden tiedon päivittäminen.

ASIASANAT:

ikäihminen, ikääntyminen, neuvonta, kyselylomake, ohjaus, ravitsemusneuvonta ja ravitsemustottumus

Kristiina Saanakorpi and Erja Yönti-Kalske

THE NUTRITIONAL HABITS OF OLDER PEOPLE

-developing a questionnaire for counseling

The Federation of Municipalities "Akseli" has since the beginning of 2011 been responsible for the healthcare and services for older people in the municipalities of Masku, Mynämäki and Nousiainen. The Health AKSELI -project started at the same time in cooperation with Turku University of Applied Sciences. The project aims to develop new standards of functioning for services for older people, for example new kinds of health clinic services for senior citizens.

The aim of this thesis is to develop a questionnaire for the senior health clinics, to map the eating habits of the elderly people and to support nutritional counseling. The topic of the thesis is the nutrition of old people, and how counseling could affect it. The questionnaire is aimed at functioning as a tool of the senior health clinics' nutritional counseling, where it could be used in improving the nutritional habits of older people.

The thesis applies methods of informative interviews and a systematic literary review. It is a functional thesis which aims to produce an application that can be used in practice, in other words the questionnaire. The intention of the thesis is to produce verified good quality data of the nutritional habits of elderly people, and of the means that could be used to affect them. The end product aims to be a clear and understandable questionnaire, which would be helpful to health care professionals in alimentary counseling. Another purpose of the questionnaire is to make elderly people think about their nutritional habits more carefully.

The topics of the questionnaire include the frequency and quality of meals, the subjects' own views of their nutrition and eating, oral hygiene, and the supplies of fat, salts, fibers, protein, vitamin D, and fluids. The questions were planned according to the literary review, which included the earlier questionnaires Mini Nutritional Assessment (MNA), Index of Diet Quality (IDQ), type 2 diabetes risk test, and The Finnish Heart Association's eating habit test. Some of the questions were made by the writers of this thesis.

The old people's eating habit questionnaire can be developed further for use of data collection and developing new functioning models. It can also be used to unify the nutritional counseling given by health care professionals, and to correctly allocate the updating of information on the subject.

KEYWORDS:

older people, aging, counseling, questionnaire, guidance, nutritional counseling, nutritional habits

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TOTEUTUS	7
2.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja kirjallisuuskatsausta ohjaavat tutkimustehtävät	7
2.2 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen soveltaminen	7
2.3 Haastattelu tiedonkeruumenetelmänä	11
2.4 Terve AKSELI -hanke kehittämisympäristönä	12
3 IKÄÄNTYMINEN ELÄMÄNKAAREN VAIHEENA	14
3.1 Ikäihmisen käsite	14
3.2 Ikääntymiseen liittyviä muutoksia	15
4 IKÄIHMISEN RAVITSEMUS	17
4.1 Ikäihmisen ravitsemuksen erityispiirteitä	17
4.2 Ikäihmisen ravitsemuksen riskitekijöitä	20
4.3 Ikäihmisen ravitsemustottumuksia	23
5 IKÄIHMISEN RAVITSEMUSNEUVONTA	26
5.1 Ravitsemusneuvonnan tavoitteet ja toteuttaminen	26
5.2 Ravitsemusneuvontaa edistävät tekijät	28
5.3 Ravitsemusneuvontaa estävät tekijät	30
6 IKÄIHMISEN RAVITSEMUSNEUVONNASSA KÄYTETYT LOMAKKEET	32
6.1 Mini Nutritional Assessment (MNA)	32
6.2 Index of Diet Quality (IDQ)	33
6.3 Tyypin 2 diabetesriskitesti	34
6.4 Suomen Sydänliiton Testaa syömistottumuksesi -testi	35
7 LOMAKKEEN KEHITTÄMINEN RAVITSEMUSNEUVONTAAN	36
7.1 Haastattelun tulokset	36
7.2 Lomakkeen sisällön tuottaminen	37
7.3 Valmis lomake ja sen käyttöönotto	40
8 POHDINTA	42
8.1 Eettisyys	42
8.2 Luotettavuus	43
8.3 Tulosten tarkastelua ja kehittämisehdotuksia	45
LÄHTEET	47

LIITTEET

Liite 1. Ravitsemusneuvonnassa käytetyt lomakkeet.

Liite 2. Ravitsemustottumusten kysely ikäihmiselle.

KUVAT

Kuva 1. Lautasmalli. 30

KUVIOT

Kuvio 1. Kysymysten laadinta. 39

TAULUKOT

Taulukko 1. Opinnäytetyön kirjallisuuden hakutaulukko eri tietokannoista. 9

1 JOHDANTO

Suomessa väestörakenne tulee muuttumaan 20 vuoden aikana nopeammin kuin missään muussa Euroopan Unionin (EU) maassa. Ikääntyneiden osuus väestöstä kasvaa, koska odotettavissa oleva elinikä pitenee. Samalla vanhushuoltosuhte, jossa yli 65-vuotiaita on 15–65-vuotiaisiin verrattuna, kasvaa 21%:sta 52%:iin vuoteen 2075 mennessä. (Puro 2010, 1523.)

Vuonna 2010 uudistettiin terveydenhuoltolaki, joka velvoittaa kuntia järjestämään ikäihmisten hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistäviä neuvontapalveluja. Kunnilla tulee olemaan erittäin tärkeänä tehtävänä niiden vastuulla olevien hyvinvointipalvelujen turvaaminen ja toteuttaminen myös tulevaisuudessa. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Perusturvakuntayhtymä Akseli, joka on Maskun, Nousiaisten ja Mynämäen kuntien muodostama peruspalveluja tuottava yhteistoiminta-alue, aloitti toimintansa 1.1.2011. Samalla käynnistyi Terve AKSELI -kehittämishanke Turun ammattikorkeakoulun Terveysala -tulosalueen kanssa. Tavoitteena tässä on kehittää uusia toimintamalleja ikäihmisten palveluihin, esimerkiksi Seniori neuvolatoimintaa. (Laaksonen-Heikkilä 2011, 5.)

Hyvät ravitsemustottumukset ovat ikäihmisen terveyden ja elämänlaadun kannalta tärkeät, siksi vuonna 2010 on julkaistu valtakunnalliset ikääntyneiden ravitsemussuositukset (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 5). Tässä opinnäytetyössä kehitetään selkeä ja helppokäyttöinen kyselylomake seniorineuvolaan ikäihmisen ravitsemustottumusten kartoittamiseksi. Se toteutetaan toiminnallisena opinnäytetyönä systemaattista kirjallisuuskatsausta soveltaen ja haastateltua tietoa hyväksikäyttäen.

Ikäihminen voi tarvittaessa täyttää ravitsemustottumuksiin liittyvän kyselylomakkeen etukäteen ennen mahdollista terveystarkastusta tai yksilövastaanottoa. Kyselylomakkeen avulla voidaan vaikuttaa ikäihmisen ravitsemustottumuksiin neuvonnan keinoin.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TOTEUTUS

2.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja kirjallisuuskatsausta ohjaavat tutkimustehtävät

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää kyselylomake ikäihmisen ravitsemustottumusten kartoittamiseksi. Ikäihmisen ravitsemusneuvontaan kehitettävä kyselylomake tulee olemaan seniorineuvolan tai muun aikuisvastaanoton työväline ravitsemusneuvonnassa, jossa pyritään vaikuttamaan ikäihmisen ravitsemustottumuksiin. Tavoitteena on vaikuttaa ravitsemusneuvonnan keinoin ikäihmistä kohti terveellisempiä ravitsemustottumuksia.

Tutkimustehtävät ovat:

1. Mitä tulee huomioida ikäihmisen ravitsemuksessa?
2. Mitä tulee huomioida ikäihmisen ravitsemusneuvonnassa?
3. Millaisia ovat ikäihmisen ravitsemusneuvontaan tarkoitetut lomakkeet?

2.2 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen soveltaminen

Opinnäytetyö toteutettiin systemaattista kirjallisuuskatsausta soveltaen, jolloin saatiin laadukasta ja tutkittuun tietoon perustuvaa lähdeaineistoa ikäihmisten ravitsemustottumuksista kyselylomakkeen kehittämiseksi neuvontaan.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla pystytään hahmottamaan takautuvasti ja kattavasti, mistä eri näkökulmista ja miten tiettyä aihetta on aiemmin tutkittu, sekä miten paljon siitä on jo olemassa tietoa, ja miten suunnitteilla oleva tutkimus liittyy jo olemassa oleviin tutkimuksiin (Hirsjärvi ym. 2001, 108-109; Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37).

Valitun tutkimuskysymyksen perustelu ja tarkennus sekä luotettavien yleistysten tekeminen mahdollistuu käytettäessä systemaattista kirjallisuuskatsausta (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37). Sen tekeminen vaatii runsaasti aikaa ja myös henkilöresursseja, sillä tarkkaan ja pitävään tutkimusten valintaan vaaditaan vähintään kahden tutkijan voimavarat (Johansson 2007, 6; Kääriäinen & Lahtinen 2006, 43).

Kirjallisuuteen perustuvassa tutkimuksessa eri näkökulmien, tutkimusasetelmien ja tuloksien kriittinen ajattelu ja arviointi on tärkeää. Tutkimuksen tekijän on myös pyrittävä osoittamaan lähteiksi valitsemisessaan tutkimuksissa havaitsemansa näkemyserot, puutteet ja ristiriitaisuudet sekä suhteuttaa ne omiin tavoitteisiinsa. (Hirsjärvi ym. 2001, 109.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla pyritään siihen, että tutkimus olisi toistettavissa ja virheetön. Huolimattomasti tehtynä katsaus heikentää tutkimuksen arvoa tuottamalla epäluotettavaa tietoa, eikä sillä ole arvoa tieteenalan tai hoitotyön kehittämisen kannalta. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 46.)

Valitun tutkimusaiheen täsmennyttyä määriteltiin tutkimustehtävät ja niihin liittyen olennaiset hakusanat sekä ne elektroniset tietokannat, mistä tutkimusaineistoa lähdettiin hakemaan. Hakutietokannoiksi valittiin Medic, joka on suomalaisen terveysalan pää tietokanta. Ulkomaisista tietokannoista valittiin kansainvälisen hoitotyön pää tietokanta Cinahl sekä Medline (Ovid). Yliopistokirjastojen yhteinen tietokanta Linda valittiin myös mukaan. (Taulukko1.)

Hakusanoina käytettiin yksittäin suomalaisia sanoja kuten ikäihminen, neuvonta, ravitsemusohjaus, 65+ sekä katkaistuja sanoja kuten ikäänt* ja ravit*. Hakuja tehtiin myös kahta tai kolmea sanaa yhdistämällä esim. ikäänt* AND neuvonta. Englanninkielisiä sanoja haussa oli käytössä mm. aged people, old people, nutrition ja geriatric. Näitä sanoja katkaistiin myös ja yhdistettiin, esimerkiksi geriatric AND 65+ AND old people tai nutri* AND aged people.

Taulukko 1. Opinnäytetyön kirjallisuuden hakutaulukko eri tietokannoista.

Tieto- kanta	Hakusana	Rajaukset	”Osumat yht.	Käytetyt ”osumat”
MEDIC	ikäihminen, ikääntynyt, 65+,			
	ikäant*AND ravits*	v.2002-2012		
	ravitse*AND neuvont*	kaikki julkaisutyytit	122	32
	ravitse*AND arviointi	ikä 65+, koti suomi, englanti		
CINAHL	nutritiona* AND guidanc*			
	old people, aged geriatric AND nutrition	v.2002-2012		
	nutrition AND old age	kaikki julkaisutyytit	36	8
		ikä 65+, koti englanti		
MEDLINE		v. 2002-2012		
	geriatric AND nutrition AND 65+	artikkelit, joissa abstrakti, nursing	223	2
		ikä 65+, koti englanti		
LINDA	ravitsemus- ohjaus, aged people	v.2002-2012		
		kaikki julkaisutyytit	7	2
		suomi, englanti		

Manuaalisesti haettiin myös aiheeseen sopivaa lähdekirjallisuutta, jotta saataisiin mahdollisimman kattavasti kerättyä tietoa, koska osa tutkimusaiheeseen sopivista tutkimuksista ei ollut sähköisessä muodossa luettavissa. Haun tuloksena saatiin kuusi aihepiiriin sopivaa kirjallisuuslähdettä.

Tietokantojen toimivuutta esiteltiin muutamalla aiheeseen sopivalla hakusalla ja niiden yhdistelmillä hakusanoja katkaisten ennen sanojen lopullista valintaa. Ammattikorkeakoulun informaation apua hakusanojen muodostamisessa ja hakujen tekemisessä hyödynnettiin kerran.

Sisäänottokriteerit ja poissulkukriteerit määriteltiin seuraavaksi. Ravitsemuksesta ja neuvonnasta on nykyään paljon saatavilla tietoa, joten kaikkien hakujen rajauksena käytettiin vuosia 2002–2012, koska ei haluttu ottaa mukaan tätä vanhempia tietolähteitä. Medicissä mukaan otettiin kaikki julkaisutyypit ja kieliksi valittiin suomi ja englanti. Cinahlissa rajausta toteutettiin samoin, kielenä oli vain englanti. Medlinessä haku tuotti runsaasti lähteitä, joten hakua rajattiin lisää koskemaan pelkästään hoitotieteellisiä julkaisuja ja niissäkin ainoastaan abstrakteja. Suomen yliopistokirjastojen yhteistietokannasta Lindasta haut tehtiin pelkästään hakusanoilla ilman sanojen yhdistämistä, ja mukaan otettiin kaikki julkaisutyypit suomen- ja englanninkielellä.

Valitut julkaisut rajattiin myös siten, että ne koskivat kotona tai kodinomaisissa olosuhteissa asuvia ikääntyneitä, sekä miehiä että naisia, koska he ovat opin- näytetyön kohderyhmä, jolle ravitsemustottumuskyselylomake on pääasiassa tarkoitus kohdentaa. Ikärajuksena käytettiin 65+ ikävuotta. Poissulkukriteerinä käytettiin hoitokodissa tai laitoshoidossa olevia ikäihmisiä koskevia tutkimuksia sekä ikäihmisillä johonkin tiettyyn fyysiseen tai psyykkiseen sairauteen liittyviä tutkimuksia. Valitut lähteet olivat joko hoito-, lääke- tai ravitsemustieteellisiä.

Systemaattisella tiedonhaulla valitut tutkimukset otettiin ensin mukaan otsikon perusteella ja tarkemman abstraktiin tutustumisen jälkeen valittiin näistä sopivimmat. Näin valikoituneista tutkimuksista luettiin vielä koko teksti ja lopullinen valinta tutkimuksista tehtiin tässä vaiheessa. Alustava hakujen tekeminen oli jo aloitettu helmikuun 2012 lopussa ja tarkemmin aineistoon tutustuttiin vielä

kevään ja kesän aikana, jotta lopullinen opinnäytetyössä käytettävä tutkimusaineisto saatiin tarkasti valittua.

2.3 Haastattelu tiedonkeruumenetelmänä

Haastattelu on perinteinen ja yhä kenties eniten käytetty tiedonkeruumenetelmä monilla ihmistieteiden aloilla. Tutkimustarkoituksia varten tehty haastattelu voidaan nähdä systemaattisena tiedonkeruumenetelmänä. (Hirsjärvi ym. 2010, 207.)

Tutkimushaastattelu voidaan jaotella eri ryhmiin sen mukaisesti, miten tarkasti se on ennalta suunniteltu, ja kuinka tarkasti säädelty haastattelutilanne on. Tavallisesti haastattelut jaetaan kolmeen eri ryhmään, jotka ovat strukturoitu haastattelu eli lomakehaastattelu, teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu ja avoin haastattelu. (Hirsjärvi ym. 2010, 208.)

Strukturoidussa eli lomakehaastattelussa haastattelu tapahtuu lomaketta apuna käyttäen siten, että kysymysten ja väitteiden sanallinen muoto sekä esittämisjärjestys on täysin määrätty. Valmiiden kysymysten pohjana on teoreettinen lähtökohta ja näin voidaan varmistaa se, ettei haastattelija pysty vaikuttamaan tulokseen omilla mielipiteillään tai toiminnallaan. Näin ollen haastattelussa käsitellään juuri niitä asioita, joita on etukäteen ajateltukin. (Kankkunen & Vahviläinen-Julkunen, 2009, 96.)

Strukturoidun ja avoimen haastattelun välimuoto on teemahaastattelu, jossa haastattelun aihepiirit ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka järjestys ja muoto puuttuvat. (Hirsjärvi ym. 2010, 208.) Teemahaastattelussa pyritään etsimään vastauksia tutkimuksen ongelmanasettelun tai tutkimustehtävän mukaan. Erityisesti hoitotieteessä teemahaastatteluja käytetään paljon aineiston keruuseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, 97.)

Avoin haastattelu on täysin strukturoimaton haastattelu, jolloin haastattelun rakenne määräytyy täysin haastateltavan ehdoilla. Tämä haastattelumuoto on luonteeltaan vapaan keskustelun kaltainen, jolloin sitä ei ole sidottu suoriin kysymyksiin ja vastauksiin. Haastattelija selvittelee haastateltavan mielipiteitä,

ajatuksia, tunteita ja käsityksiä sitä mukaa kuin ne tulevat vastaan. Avoimen haastattelun synonyymeinä käytetään useita eri termejä kuten esimerkiksi syvähaastattelu, informaalihaastattelu ja vapaa haastattelu. (Hirsjärvi ym. 2010, 209.)

Tässä opinnäytetyössä käytetään nk. informatiivista haastattelua. Informatiivisessa haastattelussa haluttujen tietojen antajana, informanttina, on aihealueeseen työnsä kautta perehtynyt henkilö (Hirsjärvi & Hurme, 2011, 46). Haastattelu koostuu osittain teemahaastattelun mukaisista valmiiksi laadituista kysymyksistä, mutta se sisältää myös avoimen haastattelun ominaisuuksia. Haastateltavaksi eli informantiksi valittiin yksi perusturvakuntayhtymä AKSELI:ssa työskentelevä terveydenhoitaja, jolla on kokemusta ja asiantuntijuutta opinnäytetyön aihealuetta koskevista ikäihmisen ravitsemukseen liittyvistä kysymyksistä. Näin saadaan tietoa niistä aihealueista, jotka ovat oleellisia laadittaessa kyselylomaketta ravitsemustottumuksista ikäihmiselle.

2.4 Terve AKSELI -hanke kehittämisympäristönä

Maskun, Nousiaisten ja Mynämäen kunnat ovat muodostaneet 1.1.2011 yhteisen peruspalveluja tuottavan peruskuntayhtymä Akselin. Väestön terveyden ja hyvinvoinnin turvaamiseksi ja kehittämiseksi on käynnistetty Terve AKSELI -kehittämishanke, jossa Turun ammattikorkeakoulun Terveystulosalueen ja perusturvakuntayhtymä Akselin on tarkoitus kehittää uusia toimintamalleja ikäihmisen palveluihin eri organisaatioiden ja organisaatiokulttuurien yhdistyessä. (Laaksonen-Heikkilä 2011, 5.)

Kehittämishanke muodostuu osaprojekteista terveyden edistämiseksi eri asiakasryhmissä. Yhdessä osaprojektissa kehitetään Terveet Seniorit -toimintaa, jossa tuotetaan uusia toimintamalleja ikäihmisten palveluihin. Tavoitteena tässä on hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen siten, että ikäihmisen vireys, omatoimisuus sekä fyysinen että sosiaalinen toimintakyky säilyvät aiempaa pidempään niin, että he voivat asua mahdollisimman pitkään kotona. (Laaksonen-Heikkilä 2011, 5.)

Ikäihmisten tarpeisiin pohjautuvan matalan kynnyksen neuvonta- ja palvelutoiminnan kehittäminen tapahtuu soveltavan tutkimuksen ja hyvien käytänteiden hyödyntämisen avulla. Lisäksi etsitään niitä teknologian käyttömahdollisuuksia, joiden avulla voidaan tukea virtuaalisen terveystarkastuksen tuottamista ja toteuttamista. (Laaksonen-Heikkilä 2011, 5.)

Kehittämistyön tuloksena on perusturvakuntayhtymä Akselissa käynnistynyt seniorineuvolatoiminta alkuvuodesta 2012. Perusturvakuntayhtymän alueella asuvat kaikki 73-vuotiaat ikäihmiset tullaan kutsumaan terveystarkastukseen, jossa myös tullaan kartoittamaan heidän ravitsemustottumuksensa. Ravitsemustottumuksiin liittyvää neuvontaa ikäihmisille tarjotaan myös muun vastaanottotyön yhteydessä. Suurin osa ikäihmisistä huolehtii itsenäisesti omasta hyvinvoinnistaan, mutta he saattavat tarvita tietoa terveydentilansa edistämiseksi, ja neuvonnan avulla sitä voidaan heille antaa. Opinnäytetyön tarkoituksena on, että kyselylomake toimii työvälineenä tässä ravitsemustottumusten kartoituksessa ja tämän pohjalta annettavassa ravitsemusneuvonnassa.

3 IKÄÄNTYMINEN ELÄMÄNKAAREN VAIHEENA

3.1 Ikäihmisen käsite

Eri kulttuureissa ikäihminen määritellään eri tavoin. Monia länsimaisia kulttuureja voidaan luonnehtia yksilö- ja autonomiakeskeisiksi, jossa ikäihmisen määritelmä on sidoksissa hyvän elämän määrittelyyn. Ihmisen autonomia, omatoimisuus, aktiivisuus ja tuottavuus kuvastavat tätä hyvän elämän käsitettä. Varsinaisen vanhenemisen katsotaan näin alkavan siinä vaiheessa, kun ihmisen omatoimisuus ja aktiivisuus vähenevät ja heikentyneen toimintakyvyn johdosta riippuvuus muista ihmisistä lisääntyy. Yksilölliset tekijät ja keskimääräinen elinajan pituus vaikuttavat siihen, missä kronologisessa iässä ikäihmiset kokevat vanhenemisen alkavan. (Sarvimäki 2008, 88.)

Ikäihmiset saatetaan käsittää useasti ryhmänä vanhuksia, joilla on jokin sairaus tai he ovat raihnaisia. Todellisuudessa tutkimukset osoittavat nykyajan ikäihmisten elävän täyttä ja aktiivista elämää, joka on mahdollisesti jopa laadukkaampaa elämää kuin heidän ollessaan työelämässä. (Heikkinen 2010, 338.)

Eliniän pitenemisen on todettu tuovan eläkeikään terveitä ja toimintakykyisiä vuosia. Tästä syystä onkin haluttu erottaa seniori-ikäiset eli aktiiviset ja hyväkuntoiset ikääntyvät ihmiset omaksi ryhmäkseen. Seniorin ja vanhuksen välinen ero on siinä, että seniorit käsitetään 60–80-vuotiaiksi ja pääosin terveiksi. Vanhukset puolestaan ovat palveluja tarvitsevia ja iältään yli 80-vuotiaita. (Hakonen & Suomi 2008, 196.)

Kivelä ja Vaapio (2010, 5) esittävät ikääntyneen henkilön käsitteelle useampia eri termejä, joita ovat esimerkiksi seniorit, eläkeläiset, ikääntyneet ja iäkkäät. Suomessa kansaneläkelain mukaisesti vanhuuseläkettä aletaan maksaa 65. ikävuodesta alkaen (Kansaneläkelaki 2007). Tällöin ajatellaan ikääntymisen virallisesti alkaneeksi.

Tässä opinnäytetyössä käytetään käsitettä ikäihminen, jolla tarkoitetaan yli 65-vuotiaasta kotona asuvaa naista tai miestä, joka tarvitsee ja käyttää kunnan järjestämää seniorineuvolan tai aikuisvastaanoton palveluita.

3.2 Ikääntymiseen liittyviä muutoksia

Ikääntymistä voidaan tarkastella laajana tapahtumana, johon kuuluu elimistön biologisia vanhenemisprosesseja sekä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn muutoksia. Sairastavuuden riskin lisääntyminen ja myös elämänlaadun heikkeneminen liittyvät tähän näkemykseen. Ikääntyminen voidaankin nähdä moniulotteisena ilmiönä, joka on luonnollinen osa elämänkaarta ja luokusten eri tekijöiden muokkaama. (Heikkinen 2010, 333-334.)

Ikääntyessä fysiologiset toiminnot elimistössä muuttuvat eri nopeudella, ja muutosten alkamisajankohdalla ja vaikutuksella on eroja eri yksilöiden välillä. Tällä on merkitystä mm. itsenäiseen elämään tarvittavan toimintakyvyn kannalta. (Heikkinen 2010, 334.)

Kehon koostumuksessa tapahtuu muutoksia ikääntymisen, eri sairauksien ja vähäisen liikunnan vuoksi. Lihaskudoksen vähenemisen ja rasvakudoksen suhteellisen osuuden lisääntymisen seurauksena aktiivisen kudoksen määrä kehossa pienentyy ja perusaineenvaihdunnan taso laskee ja täten myös energian tarve pienenee. Ikääntymisen myötä elimistön nestemäärä, luukudoksen määrä ja sisäelinten paino pienenee ja verenkierto heikkenee. (Tilvis 2010, 21-24.) Iän mukanaan tuoma fysiologisten toimintojen lisääntyvä huononeminen ilmenee mm. voimien vähenemisenä ja aistien heikkenemisenä. (Portin 2010, 312.)

Vanheneminen hidastaa muistitoimintoja keskushermoston toiminnan hidastumisen vuoksi. Uuden tiedon muistiin painamisessa ja mieleen palauttamisessa tapahtuu muutoksia ikääntyessä. Psyykkisen toimintakyvyn heikkeneminen saattaa tulla esille ikääntyessä erilaisina muistihäiriöinä tai persoonallisuuden muutoksina. Taipumusta masentuneisuuteen voi myös esiintyä. Toisaalta on todettu, että ikääntyessäkin voidaan muistia ja

oppimiskykyä tukea ja vahvistaa erilaisin keinoin kuten lukemalla, osallistumalla virikkeellisiin harrastuksiin ja koulutuksiin. Täten voidaan ennaltaehkäistä psyykkisen toimintakyvyn heikentymistä ja ylläpitää ikäihmisen elämänlaatua. (Suutama 2010, 196, 202.) Tärkeää on kuitenkin pitää mielessä, että ikääntyminen on yksilöllinen prosessi, johon vaikuttavat ikääntyneen henkilön perimä, elintavat sekä ympäristö ja myös se, että elämän aikana aiemmin hankitut tiedot, taidot ja elämänviisaus säilyvät ja kenties lisääntyvät läpi elämän. (STM 2009:24; Suutama 2010, 197.)

Sosiaalisen toimintakyvyn katsotaan tarkoittavan ihmisen edellytyksiä selviytyä sosiaalisista rooleistaan sekä kyvystä toimia erilaisten yhteisöjen ja yhteiskunnan jäsenenä. Tämä edellyttää sosiaalisia taitoja, kykyä olla vuorovaikutuksessa ja kykyä toimia. (Tiikkanen & Heikkinen 2011, 1.)

Useissa tutkimuksissa on osoitettu, että ihmisen sosiaalisella verkostolla on vaikutusta moniin terveyden osa-alueisiin elämäntavan riskitekijöistä sairastumiseen ja niiden kautta kuolleisuuteen. Sairastavuuden ja sosiaalisten suhteiden välillä on havaittu yhteyksiä etenkin sydän- ja verisuonitautien kohdalla siten, että niillä henkilöillä, joilla oli enemmän sosiaalisia suhteita oli myös vähemmän sydäninfarkteja ja aivohalvauksia. (Heikkinen 2010, 336.)

Sosiaalisessa toimintakykyyn sisältyvistä asioista korostuvat ihmisen ikääntyessä erityisesti suhteet omaisiin ja ystäviin, elämän mielekkyys ja tunne turvallisuudesta, koska elämän aikana itse luodut suhteet vähenevät monista eri syistä (Heikkinen 2010, 337; Tiikkanen & Heikkinen 2011, 1,6). Eläkkeelle jäädessään ikäihminen joutuu luopumaan työyhteisöstään, mikä on usein ollut yksi suurimmista sosiaalisista toimintakykyä ylläpitävistä tekijöistä. Fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn heiketessä myös ikäihmisen sosiaalinen toimintakyky kaventuu ja suhteet virallisesti luotuihin auttajiin lisääntyvät. (Marin 2010, 74.)

Nykyään on jo olemassa tietoa toiminnanvajauksia ennustavista tekijöistä, joten tärkeää olisikin kehittää tähän tietämykseen perustuvia toimenpiteitä, joilla pyrittäisiin lisäämään ikäihmisen toimintakykyisiä elinvuosia. (Tiikkanen & Heikkinen 2011, 7.)

4 IKÄIHMISEN RAVITSEMUS

4.1 Ikäihmisen ravitsemuksen erityispiirteitä

Hyväkuntoisen ikääntyneen ravitsemustila on yleensä hyvä. Energian kulutus, syöminen ja ravinnonsaanti pienenevät tavallisesti vasta 70–80 vuoden iässä noin viidenneksen. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 20.) Hyväkuntoiselle ikääntyneelle sopii ravitsemusneuvottelukunnan antamat suositukset, jotka on laadittu terveelle, kohtalaisesti liikkuvalla väestölle (Sarljo-Lähteenkorva ym. 2009, 231).

Keskeistä suosituksessa on se, että ruokavalio on monipuolista, energiamäärä suhteutetaan kulutukseen, suolaa tulee käyttää kohtuullisesti, rasvojen tulee olla hyvälaatuisia ja sairauksien aikana tulee riittävästä ravintoaineiden saannista huolehtia (Sarljo-Lähteenkorva ym. 2009, 231). Ikääntymiseen tai sairauksiin liittyvät seikat asettavat erityisvaatimuksia ravitsemussuosituksiin, kuten myös ruokailuun ja syömiseen. Ikäihmisen ravitsemusongelmat voivat ilmetä monella tavalla. (Suominen 2010, 467.)

Ravinnon runsas kovan rasvan määrä lisää riskiä sairastua sydän- ja verisuonitauteihin sekä tyypin 2 diabetekseen. Ravinnon suuri rasvamäärä altistaa myös lihomiselle. Rasvan kokonaissaanti tulee pitää kohtuullisena, sen osuus energiansaannista tulee olla 25–35%. Vaikka rasvan laatu on parantunut ja rasvan kokonaissaanti vähentynyt viime vuosikymmenien aikana, niin edelleen kovaa rasvaa on liian paljon. Eniten kovaa rasvaa saadaan juustoista, liharuoista ja erityyppisistä ravintorasvoista. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 14–16.)

Yksi sydän- ja verisuonitautien merkittävä riskitekijä on runsas ruokasuolan saanti esimerkiksi ruoanvalmistuksen kautta. Lisäksi sitä saadaan elintarvikkeista, kuten leipä- ja muista viljatuotteista, lihavalmistuksista ja juustoista. Suola nostaa verenpainetta ja lisää erityisesti ylipainoisten sairastuvuus- ja kuolelusuusriskiä sydän- ja verisuonitauteihin. Suolan saanniksi suositellaan korkein-

taan 6 g/vrk naisille ja 7 g/vrk miehille. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 32-33.)

Ikäihmisen kehossa on vettä 50–60 %, kun se vastasyntyneellä on noin 80 % kehon painosta. Ikääntyessä solukadon seurauksena solunsisäinen vesimäärä pienenee. Riittävä nesteensaanti on elimistön fysiologisille toiminnoille ja aineenvaihdunnalle välttämätöntä. Ruoansulatukseen sekä ravintoaineiden imeytymiseen ja kuljettamiseen kehossa tarvitaan vettä. Nestevajaus ikäihmisellä saattaa olla vakavampaa kuin nuoremmilla johtuen juuri veden pienemmästä prosenttiosuudesta kehossa. (Tilvis 2010, 22, 56.) Ikääntyneen janon tunne saattaa olla heikentynyt. Nesteitä tulisi saada päivittäin juomissa tai ruuassa yhteensä noin kaksi litraa. Päivän aikana tarvitaan 5–8 lasillista juomaa eli 1–1,5 litraa. Juomisen tärkeydestä on hyvä muistuttaa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 41-42.)

Myös ravintokuitujen saanti jää usein liian alhaiseksi ikääntyvän ruokavaliossa. Suositeltava määrä on 25–35 g/vrk. Ravintokuitu on erittäin tärkeää suolentoiminnalle ja ummetuksen ehkäisemiseksi. Parhaita kuidun lähteitä ovat täysjyväleipä ja -puurot, joista 3–4 ruisleipäpalalla saa jo lähes puolet suositeltavasta kuitumäärästä. Muita hyviä kuidun lähteitä ovat kasvikset sekä marjat ja hedelmät. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 47.)

Finravinto-tutkimuksen mukaan 65–74-vuotiaiden ravinnonsaanti on pääosin suositusten mukainen. Rasvan laatu on edelleen parantunut ja suolan saanti vähentynyt. Molemmissa on kuitenkin edelleen parantamisen varaa, ja suolan käytössä tulisi muistaa kohtuullisuus ja pehmeitä rasvoja tulisi suosia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010,10.) Folaatin ja D-vitamiinin saanti on liian niukkaa ja sakkaroosin saanti saisi olla nykyistä pienempää (Paturi 2008, 146).

Ikäihmisillä riittävästä D-vitamiinin saannista on huolehdittava, sillä luuston hyvinvoinnille D-vitamiini on yhtä tärkeä kuin kalsium. Riittävä D-vitamiinin saanti lisää luun mineraalipitoisuutta ja parantaa lihaskoordinaatiota sekä vähentää kaatumisia ja luunmurtumia. Lisäksi D-vitamiinilla saattaa olla hyödyllisiä vaikutuksia vastustuskykyyn. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 43.)

Suomalaisten ikäihmisten D-vitamiinin saanti ravinnosta on ollut yleensä suosituksia vähäisempää, ja siksi heidän katsotaankin kuuluvan D-vitamiinin puutteen riskiryhmään. Suositeltava D-vitamiinilisä ikäihmisille on 20 mikrogrammaa/vrk ympäri vuoden. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 43.)

ETT Merja Suominen totesi 9.2.2012 pitämässään luennossa, Uudet ravitsemussuositukset ikäihmisten tarpeisiin, että proteiiniaineenvaihdunnan taso laskee ikääntyessä, koska lihasmassan määrä yleensä vähenee. Proteiinin hyväksikäyttö ravinnosta heikkenee, mutta proteiinin tarve pysyy ennallaan tai hieman lisääntyy. Ikääntyneille proteiinisuositus on 1–1,2 g/kg/vrk ja akuutisti sairaille tätäkin suurempi, jotta se suojaisi lihaskadolta.

Ikäihmisellä proteiinin suhteellinen osuus ruokavaliossa tulee olla tavallista suurempi, siksi välipalojen on hyvä sisältää myös proteiineja. Hyviä ja suosittuja proteiinipitoisia välipaloja ovat esimerkiksi maitorahkat ja vanukkaat. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 35-36.)

Energian tarve vähenee ikääntymisen seurauksena, ja siksi ruokavalion energiamäärän tulisi olla sopiva suhteessa energiankulutukseen. Suurin osa tästä energiantarpeen laskusta johtuu fyysisen aktiivisuuden vähenemisestä ja pienentyneestä lihasmassasta. Koska ravintoaineiden tarve ei pienene niin tärkeää olisikin kiinnittää huomio syötävän ruoan laatuun ja syödyn ruoan määrään. (Sarlio-Lähteenkorva ym. 2009, 230.)

Osalla ikäihmisistä esiintyy ylipainoa, joka ei yleensä lievänä ole haitallista. Keski-ikä lihavuus aiheuttaa ikäihmiselle toiminnanvajeita sairauksien esimerkiksi diabeteksen ja nivelkulumien kautta. Tähänastisten tutkimusten mukaan näyttäisi jopa siltä, että lievästi ylipainoiset edustaisivat kaikkein terveintä osaa ikäihmisistä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 38-40.)

Uusimmissa epidemiologisissa tutkimuksissa on todettu, että ikäihmisellä suositeltava painoindeksialue(BMI) on 25–30. Mikäli painoindeksi jää alle 25, sairastuvuus ja kuolleisuus lisääntyvät (Suominen & Pitkälä 2010, 354).

4.2 Ikäihmisen ravitsemuksen riskitekijöitä

Ikäihmisen terveydentila ja toimintakyky ovat kiinteästi yhteydessä siihen, miten ruokailu ja ravinnonsaanti toteutuvat. Ikäihmisillä ravitsemukseen liittyvät ongelmat ovat toisenlaisia kuin työikäisillä, ja ne saattavat ilmetä monin eri tavoin. (Pitkälä ym. 2005, 5265; Sarlio-Lähteenkorva 2009, 230.)

Ikäihmisen painoa ja painon muutoksia tulee suositusten mukaan seurata tarpeen mukaan, joissain tapauksissa säännöllisesti. Tahaton laihtuminen ja painonvaihtelut ovat merkkejä siitä, että ikäihmisen ravitsemustila ei syystä tai toisesta ole kohdallaan. (Sarlio-Lähteenkorva ym. 2009, 231.)

Ikäihmisillä usein sairauksien seurauksena liikkuminen vähenee, perusaineenvaihdunta hidastuu ja ruokahalu heikkenee, jolloin energian tarve pienenee, vaikka ravintoaineiden tarve ei pienene (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 12). Ikääntymiseen liittyvät fysiologiset muutokset ja erilaiset sairaudet lisäävät riskiä ali- tai virheravitsemuksen syntyyn (Pitkälä ym. 2005, 5265).

Aliravitsemuksella tarkoitetaan ravintoaineiden, erityisesti energian ja proteiinin, riittämätöntä saantia. Aliravitsemus voi johtaa huonoon ravitsemustilaan ja laihtumiseen esimerkiksi erilaisten sairauksien kuten syövän, masennuksen tai dementian seurauksena. (Suominen 2007, 185-186.) Se aiheuttaa myös tulehdusvasteen heikentymistä, mikä altistaa ikäihmisen helposti erilaisille infektioille. Aliravitsemusriskin on todettu lisääntyvän iän myötä. Yli 65-vuotiaiden ikäihmisten joukossa sitä esiintyy n. 5–8 prosentilla, mutta 80 ikävuoden jälkeen sen ilmaantuvuus lisääntyy nopeasti. (Pitkälä 2005, 5262; Nuutinen ym. 2010, 3605.) Aliravitsemustila heikentää elämänlaatua, lisää sairaalahoidon tarvetta, ennakoii laitoksiin joutumista sekä lisää kuolleisuutta (Pitkälä ym. 2005, 5266).

Virheravitsemusta ennakoivia tekijöitä tutkittiin Ruotsissa vuosina 2001–2006 toteutetussa kotona-asuviin ikäihmisiin (n=579) kohdentuneessa prospektiivisessä tutkimuksessa. Tutkimukseen satunnaisesti valitut ikäihmiset arvioivat itse omaa hyvinvointiaan ja terveydentilaansa kyselyn avulla. Lisäksi heille tehtiin ravitsemukseen, masennukseen ja kognitiivisiin toimintoihin liittyviä testejä sekä otettiin laboratoriokokeita ja tehtiin antropometrisiä mittauksia 2–4 kertaa

tutkimusaikana. Tutkimuksessa käytetyn ravitsemuskyselyn, Mini Nutritional Assessmentin (MNA) mukaan riski virheravitsemukselle oli 14,5 prosentilla tutkimusjoukon ikäihmisistä. Suurinta virheravitsemusriskiä ennakoivat ikäihmisillä oman terveydentilan huonoksi arviointi ja huonot käsivoimat. Masennus ja korkea ikä olivat myös ennakoivia tekijöitä, erityisesti masennusoireista kärsivillä miehillä oli suurempi riski virheravitsemukseen. (Johansson ym. 2008, 1354.)

Kotisairaanhoidon asiakkaiden ravitsemusta koskevan Helena Soinin (2004) väitöstutkimuksen mukaan lähes puolella tutkituista (n=178) oli hyvä ravitsemustila, mutta vastaavasti toisella puolella oli vaikeuksia ylläpitää hyvää ravitsemustilaa. Virheravitsemuksen riskissä olivat erityisesti ne ikäihmiset, joilla oli toimintakyvyn heikkenemistä ja pitkäaikaissairauksia sekä suun huono kunto ja nielemisvaikeudet. Riski kasvoi myös niillä ikäihmisillä, jotka tarvitsivat apua ruoan hankinnassa ja valmistuksessa. (Soini 2004, 42.)

Syyt virhe- ja aliravitsemukseen voidaan jakaa kolmeen ryhmään: sosiaalisiin ja ympäristöstä johtuviin syihin, psyykkisiin syihin ja fysiologisiin sairauksista johtuviin syihin. Sosiaaliseen ja ympäristöstä johtuviin syihin katsotaan liittyvän eläkkeelle siirtyminen, jolloin päivittäinen rytmi muuttuu, myös sosiaalisen verkoston muutokset esim. leskeys saattaa johtaa eristäytymiseen ja yksipuoliseen ja huonoon syömiseen. Psyykkisiin syihin katsotaan kuuluvaksi edellisten lisäksi masennus, dementia ja kognitiivisten toimintojen häiriöt, kuten muistin heikentyminen ja heikentynyt kyky tunnistaa nälän tunnetta. Ruokahalun häiriöt voivat aiheuttaa kylläisyyden tunteen puuttumista tai ahmimista. Fysiologisia syitä ovat maku- ja hajuaistissa tapahtuvat muutokset, kuulon ja näön heikkeneminen sekä ruuansulatusentsyymien heikentyminen. Myös kehon rasvattoman kudoksen, lihasmassan, osuus vähenee. Nämä kaikki edellä luetellut tekijät altistavat myös vaikeuksille hankkia tai valmistaa ravitsemussuosittelujen mukaisia ruokia. (Suominen 2007, 185-188.)

Ravinnonsaantiin ikäihmisillä vaikuttavat paljon suun terveydentila, hampaiden ja ikenien kunto sekä kyky pureskella ruokaa. Suun hyvinvointi ja hampaiden kunto ja määrä ovat suoraan verrannollisia siihen kuinka hyvä ruokavalio ja ravitsemustila ikäihmisellä on. Erityisesti tämä vaikuttaa kykyyn syödä tuoreita

hedelmiä ja kasviksia ja muita pureskelua vaativia ruoka-aineita. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 45.)

Suussa ja suun alueella tapahtuu ikääntymisen myötä monia muutoksia ja näillä on vaikutusta sekä syömiseen että nielemiseen. Sieni-infektioiden vaara ja tulehdusalttius lisääntyy sekä syljeneritykseen liittyvät toiminnot ja suun limakalvojen kunto heikkenevät. Näillä kaikilla on vaikutusta siihen, miten ikäihminen kokee erilaisia makuelämyksiä. Ikäihmisen suun terveydenhuolto on tärkeää myös hyvän yleisterveyden säilyttämiseksi. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 45-46.)

Luonnolliseen ikääntymiseen liittyy lihaskudoksen pientyminen ja lähes puolet lihasmassasta ja lihasvoimasta katoaa 30 ja 80 ikävuoden välissä. Lihaskadon eli sarkopenian ehkäisy on ikäihmisen toimintakyvyn säilymisen kannalta erityisen tärkeää. Sarkopenia heikentää lihasvoimaa ja vaikeuttaa näin keuhonhallintaa sekä lisää kaatumis- ja murtumariskiä. (Pitkälä ym. 2005, 5266.) Sairaudet, liikkumattomuus ja liian vähän energiaa ja proteiinia sisältävä ruokavalio kiihdyttävät lihaskatoa (Suominen & Pitkälä 2010, 350-351).

Aiemmissa tutkimuksissa on osoitettu voimaharjoittelun ehkäisevän tehokkaasti ikääntymiseen liittyvän lihasmassan, voiman ja toimintakyvyn heikkenemistä. Janne Sallinen selvitti väitöskirjatyössään ravinnonsaannin yhteyttä voimaharjoittelun aikaansaamiin muutoksiin lihasmassassa, voimassa, seerumin hormonipitoisuuksissa ja aineenvaihdunnallisissa riskitekijöissä 50–70-vuotiailla miehillä ja naisilla. Tutkimustulosten mukaan molemmilla sukupuolilla voimaharjoittelun ja tutkimusjakson aikana annetun ravitsemusneuvonnan avulla saatu lihasmassan lisäys ja voima sekä aineenvaihdunnan paraneminen vaikuttivat tehokkaasti niihin riskitekijöihin, jotka heikentävät ikäihmisen terveyttä ja altistavat toimintakyvyn vajaavuuteen. Erityisesti ikääntyneillä naisilla ravitsemussuosituksen mukainen riittävästi proteiinia ja energiaa sisältävä ruokavalio edesauttoi voimaharjoittelun aikaansaamaa lihasmassan kasvua ja positiivisia muutoksia veren rasva-arvoissa. Tutkimustulosten perusteella kannustetaankin kuntia järjestämään ikäihmisille ohjattua kuntosaliharjoittelua sekä ravitsemusohjausta. (Sallinen 2008, 85.)

4.3 Ikäihmisen ravitsemustottumuksia

Sana ravitsemustottumus on Suomen kielitoimistolta syksyllä 2011 puhelimitse saadun suosituksen mukaan laajempi käsite kuin esim. ravintotottumus tai ruokailutottumus. Ravitsemustottumukseen voi sisältyä ruoan hankintaan, valmistukseen, nauttimiseen ja ateriaritmiin liittyviä tapoja. Ravinnonsaannin ja ruokavalion avulla voidaan määrittää ravitsemustila, mikä myös kuuluu ravitsemustottumukseen. Tässä opinnäytetyössä käytetään sanaa ravitsemustottumus, joka kuvaa laajemmin ravitsemuskäyttäytymistä.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen ikääntyneiden suomalaisten ateriointi -Ruokapalveluiden seurantaraportissa 7/2009 selvitettiin ikääntyneiden kotona asuvien suomalaisten ateriajärjestystä ja ateriapalveluiden käyttöä. Tulokset perustuvat KTL:n Terveys 2000 -tutkimukseen (T2000) ja Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveystutkimuksiin (EVTk) vuosilta 2000–2005. (Alden-Nieminen ym. 2009, 10-11.)

Tämän selvityksen kohteena olivat yli 65-vuotiaat suomalaiset. Analyysit suoritettiin kahdessa ikäryhmässä, 65–79-vuotiaat ja yli 80-vuotiaat. Tarkoituksena oli kuvata erilaisten ateriointitapojen yleisyyttä ja niiden vaihtelua eri taustatekijöiden mukaan, kuten ikä, koulutus, asumismuoto, terveys tai toimintakyky. Lisäksi selvitettiin, onko ateriajärjestyksellä yhteys ruokavalion laatuun. Ostokassan kantaminen ja ruoanvalmistus olivat yleisimmät ruokaan liittyvät toimintakykyongelmat. (Alden- Nieminen ym. 2009, 23-25.)

Tutkituista yli 90 % söi aamupalan. Yhden lämpimän aterian rytmi oli yleinen nuoremassa ikäryhmässä. Perinteistä ateriajärjestystä (aamupala, lämmin lounas ja lämmin päivällinen) noudattivat vanhemmassa ikäryhmässä noin 40 % ja nuoremassa ikäryhmässä n. 30 %. Ateriajärjestyksen yhteydet ruoankäyttöön ja ravinnonsaantiin olivat vähäisiä. Kotiateriapalveluita käytti noin 25 % vanhempaan ikäryhmään kuuluvista ja nuorempaan ikäryhmään kuuluvista miehistä 7 % ja naisista 4 %. (Alden- Nieminen ym. 2009, 32.)

Uusin Finravinto- tutkimus toteutettiin keväällä 2007. Tutkimuksessa oli mukana työikäisten (25–64-vuotiaat) lisäksi myös 65–74-vuotiaat. Tutkimus antaa poik- kileikkauskuvan suomalaisten aikuisten elintarvikkeiden kulutuksesta ja ravinto- aineiden saannista. Elintarvikeluokittain tarkasteltuna 65–74-vuotiaat söivät enemmän puuroa, pullaa, munkkeja ja alle 60 % rasvaa sisältäviä levitteitä kuin 25–64-vuotiaat. Työikäisten ja ikääntyneiden ruokavalion ravintosisällössä ei ollut suuria eroja. Pääosin ravitsemustottumukset ovat kehittyneet myönteiseen suuntaan. (Paturi ym. 2008, 145-146.)

Eläkkeelle siirtyminen on merkittävä elämänmuutos, ja tärkeä sekä ajankohtai- nen kysymys onkin, miten elintavat, esimerkiksi ravitsemustottumukset muuttu- vat tässä elämänvaiheessa. Aiemmissa tutkimuksissa on todettu suomalaisten ravitsemustottumusten muuttuneen terveellisempään suuntaan kaikissa ikä- ryhmissä ja tämän kehityssuunta tukee terveyden edistämistä. Väestöryhmien välillä on kuitenkin todettavissa eroja, ja esimerkiksi maaseutukunnissa ja vä- hemmän koulutetuilla henkilöillä on varaa parantaa ruokatottumuksiaan. (Helldán ym. 2011, 153- 154.)

Helsinki Health Study -terveystutkimuksessa, joka toteutettiin peruskyselynä vuosina 2000–2002 ja seurantakyselynä vuonna 2007, oli tavoitteena selvittää terveellisten ruokatottumusten muutoksia ja niihin vaikuttavia tekijöitä vanhuus- eläkkeelle siirtymisen jälkeen sekä miehillä että naisilla. Tutkimukseen valittiin 1156 henkilöä (naisia 76 %), jotka siirtyivät seurannan aikana vanhuuselä- keelle ja 1269 henkilöä (naisia 79 %), jotka jatkoivat työssä. Tutkitut olivat kaikki Helsingin kaupungin palveluksessa peruskyselyä tehtäessä ja iältään silloin 55- tai 60-vuotiaita. Vanhuuseläkkeelle siirtyneiden ruokatottumuksia verrattiin vielä työssäkäyvien, lähes samanikäisten ruokatottumuksiin. (Helldán ym. 2011, 153- 154.)

Tulosten mukaan vanhuuseläkkeelle siirtyneiden naisten ruokatottumukset oli- vat seurantatilanteessa terveellisemmät kuin työssä jatkaneilla. Näiden terveel- listen ruokatottumusten yleistymiseen vanhuuseläkkeelle siirtyneillä eivät vai- kuttaneet sosiodemografiset tai terveyteen liittyvät tekijät. Vanhuuseläkkeelle

siirtyneiden naisten terveellisempien ravitsemustottumusten taustalla oletetaan olevan uuden elämäntilanteen myötä lisääntynyt vapaa-aika sekä eläkkeellä yhä tärkeämmäksi tekijäksi tulleet terveystietoisuuskohdat terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäjänä. Miesten kohdalla ruokatottumusten muutos ei ollut yhteydessä eläkkeelle siirtymiseen, ja kaiken kaikkiaan miesten ruokatottumukset olivat harvemmin terveelliset kuin naisilla. (Helldán ym. 2011, 156.)

Ikäihmisillä ruokailuhetket ovat usein mielihyvän lähteitä ja tärkeitä sosiaalisia tapahtumia, jossa seurustelu ruokailun yhteydessä lisää ruoan nautittavuutta ja ruokahalua. Tuttujen ruokien hyvät tuoksut herättävät ruokahalun, ja maukas ruoka sekä viihtyisä ympäristö tuottavat mielihyvää. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 33-35; Kivelä & Vaapio 2011, 31.) Mikäli ikäihminen ei jaksaa syödä kerralla suuria aterioita, on tärkeää kunnioittaa hänen omaa ruokailurytmiään ja ruokailla monta kertaa päivässä. Monet ikäihmiset arvostavat perinteistä kotiruokaa, kuten peruna- ja kastikeruokia, laatikkoruokia sekä keittoja ja kalaruokia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 33-35.)

5 IKÄIHMISEN RAVITSEMUSNEUVONTA

5.1 Ravitsemusneuvonnan tavoitteet ja toteuttaminen

Ravitsemusneuvonnalla pyritään terveyden edistämiseen terveystieteiden avulla, jota voidaan pitää yhtenä terveystieteiden toteutusmuodoista. Pirisen (2007) väitöskirjankäsittelyn mukaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen tarvitaan tietoa useilta tieteen aloilta. Hoitotieteelliset määrittelyt opetukselle, neuvonnalle, tiedon välittämiseksi ja ohjaukselle vastaavat sisällöllisesti toisiaan. Terveystieteiden voidaan ymmärtää tavoitteelliseksi ja asiakkaan toimijuutta tukevana toimintana. (Pirinen 2007, 9-10.)

Ohjaus on monitahoista ja siihen liittyvissä määrittelyissä korostuu ohjaussuhteen vuorovaikutuksellisuus sekä yksilön aktiivisuus oman elämänsä parantamisessa. Ohjaus on suunnitelmallista toimintaa, jossa ikäihmistä tuetaan löytämään voimavarojaan sekä kannustetaan ottamaan vastuuta omasta terveydestään ja hoitamaan itseään hyvin. Ohjaukseen kuuluu myös tiedon antaminen. Tavoitteena ohjauksessa on, että ikäihminen saa mahdollisuuden tutkia tilannettaan, tulla kuulluksi ja kokea voivansa elää paremmin. (Vänskä ym. 2011, 16-17.) Tässä opinnäytetyössä käytetään sanoja neuvonta ja ohjaus samaa asiaa tarkoittavina käsitteinä.

Neuvonnassa terveyden edistäminen on tavoitteena ja lähtökohtana, missä oleellista on ymmärtää ikäihmisen terveys ja toimintakyky laajasti terveyttä edistävänä tekijänä. Terveyttä edistetään mm. ikäihmisen henkilökohtaisia taitoja ja voimavaroja vahvistamalla esim. primaaripreventiolla, joka tähtää sairauksien ennaltaehkäisyyn. (Liimatainen 2007, 31.)

Ravitsemusneuvonnassa tärkeänä tavoitteena on saada ikäihminen pohtimaan omien elintapojen merkitystä terveydelleen, jotta saadaan selville, missä asioissa hän kokee tarvetta muutokseen ja kuinka halukas hän niihin on, myös aikaisemmat tiedot, taidot, kokemukset, uskomukset sekä asenteet tulee huomioida (Eloranta & Punkanen 2008, 153).

Ravitsemusneuvontaa ohjaa tarkat tieteelliseen näyttöön ravinnon ja terveyden välisistä yhteyksistä perustuvat ravitsemussuositukset, joita on kahdenlaisia: ravintoaineiden saantisuositukset sekä ruoankäyttösuositukset. Ravintoaineiden saantisuosituksissa kerrotaan, minkälainen tulee olla energiaravintoaineiden esim. proteiinien osuus kokonaisenergiasaannista sekä suositukset vitamiinien ja kivennäisaineiden päivittäisestä saannista. Näissä suosituksissa huomioidaan usein ikä ja sukupuoli. Ruoankäyttösuosituksissa annetaan ohjeita siitä, minkälaisia ruoka-aineita olisi hyvä valita, jotta ravintoaineiden saantisuositukset toteutuvat. Nämä esitetään usein graafisesti esim. ruokapyramidina tai lautasmallina. Lisäksi kantaa otetaan ateriarytmytykseen. (Fogelholm 2011, 17.)

Vuonna 2010 uudistetun Terveystieteidenhuoltolain mukaisesti kunnat veloitetaan järjestämään alueellaan asuville vanhuuseläkettä saaville henkilöille hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistävää neuvontapalvelua. Tämän neuvontapalvelun, johon ravitsemusneuvontakin kuuluu, tavoitteena on edistää terveellisiä elintapoja ja ehkäistä sairauksia. Lisäksi se sisältää ikäihmisen terveydellisten ongelmien tunnistamisen ja niihin liittyvän varhaisen tuen. (Terveystieteidenhuoltolaki 1326/2010.)

Valtakunnallisessa terveydenhuoltotutkimuksessa (Ilmonen ym. 2001) selvitettiin yhtenä osana lasten- ja äitiysneuvoloiden hoitajien ravitsemusneuvonnan käytäntöjä ja niiden kehittämistarpeita. Tutkimustulosten mukaan ravitsemusneuvonta on neuvolan keskeinen tehtävä, joka koetaan tärkeäksi ja ajankohtaiseksi. Ravitsemuksella on suuri merkitys useissa sairauksissa, kuten sydän- ja verisuonisairauksissa ja diabeteksessä. Elintapamuutoksilla voidaan pienentää sairastavuutta ja vaikuttaa hyvinvointiin ja lisäksi saavuttaa kustannussäästöjä terveydenhuollossa. Näiden muutosten tueksi tarvitaan ravitsemusneuvontaa ja ohjausta. (Ilmonen ym. 2007, 3661.)

Pirinen (2007) tutki työterveyshoitajan toteuttamaa terveystieteidenneuvontaa ja sen rakentumista ja kehittymistä vaiheittain. Terveystieteidenneuvonnassa kerättiin ensin tietoa terveystottumuksista, pääasiassa ravitsemustottumuksista, terveydentilasta ja ympäristötekijöistä. Sen jälkeen määritettiin asiakkaan tottumus- ja terveysongelmia tai ohjattiin asiakasta määrittämään ongelmansa. Ravitsemus-

tottumuksissa otettiin kantaa siihen, mihin täytyy puuttua ja mihin ei. Myös asiakkaan muutoshalukkuutta määritettiin, vaikka selkeää muutospäätöstä ei ohjattukaan tekemään. Tutkimuksen mukaan hoitajat ottivat kantaa tottumusmuutoksiin sekä ohjasivat asiakasta suunnittelemaan ja arvioimaan tavoitteita ja muutoksia. Hoitajien ravitsemustottumuksia koskevat neuvot olivat hyvin yleisiä. Motivoinnissa vedottiin edistymiseen ja myönteisiin asioihin mieluummin kuin uhkaan. (Pirinen 2007, 92-97.)

Ravitsemusongelmat liittyvät osittain ikääntymismuutoksiin ja siksi niiden ennaltaehkäisy on erityisen tärkeää, sillä ikäihmisen ravitsemustilan korjaaminen on vaikeaa. Syödyn ruoan määrään ja sitä kautta ravitsemustilaan vaikuttavat sairaudet, lääkitykset, liikunta ja mieliala. Kokonaisvaltainen tilanteen kartoitus ja yksilölliset, oikein kohdennetut neuvot ja ohjeet myös ravitsemuksen suhteen, tukevat ikäihmisen toimintakykyä ja itsenäisyyttä ja ovat näin erittäin tärkeitä. (Soini 2004, 40.)

5.2 Ravitsemusneuvontaa edistävät tekijät

Neuvonta on ainutlaatuinen, kahden tai useamman ihmisen välinen vuorovaikutusprosessi. Neuvonnassa on keskeistä asiasisällön lisäksi itse prosessi eli vuorovaikutuksen kehityskulku. Neuvontakeskusteluissa ikäihmisen kanssa tulee erityisesti huomioida asiakaslähtöinen ja dialoginen orientaatio. Asiakaslähtöisessä orientaatiossa asiakkaan ja ammattilaisen tiedot ja näkemykset ovat tasa-arvoisia. Ikäihminen on oman elämänsä paras asiantuntija, jota tulee neuvontaa antavan ammattilaisen aidosti kuulla. (Salmela & Matilainen 2007, 218-219.)

Ikäihmisen erityisyys nousee biologisista, fyysisistä ja sosiaalisista vanhenemisprosesseista. Ikääntyminen on ainutkertainen elämänvaihe, jossa elämänkokemus, aikuisen viisaus ja sosiaaliset taidot ovat esimerkkejä vahvuuksista, joihin neuvonnan ja ohjauksen tulee perustua. Lähtökohtana on aina ainutkertainen ikääntyvä ihminen yksilöllisine tarpeineen ja toiveineen, jonka kyky ratkaista ongelmia vaihtelee yksilöllisesti. (Isola ym. 2008, 178-179.)

Ohjaajan hyvät vuorovaikutustaidot ja ammatillinen suhtautumistapa edistävät neuvontaa. Lisäksi ohjaajan oma persoonallisuus ja luovuus ovat tärkeät elementit ikäihmisen ravitsemusneuvontaan sitoutumisessa. Ohjaustilanteessa tulee huomioida ikäihmisen huolellinen haastattelu ja taustatietojen selvittäminen. Hyvä olisi myös selvittää, mitä ikäihminen jo tietää ohjattavasta asiasta. Ohjausajan tulee olla riittävän pitkän myös asioiden kertaamiseen, ja tässä olisi hyvä välttää ammattisanaston käyttöä. Mikäli ikäihmisellä on muisti- ja aistitoimintojen, kuten näön tai kuulon heikkenemistä, tulee nämä myös huomioida. (Isola ym. 2008, 184,186.)

Ravitsemustottumusten muuttaminen ja uusien elintapojen omaksuminen riippuu ikäihmisen motivaatiosta ja harkinnasta. Elintapamuutokset vaativat sitoutumista, joka edellyttää aktiivista työtä ja toimenpiteitä arjessa. Usein pohditaan, mitä hyötyä muutoksesta on ja onko omalla toiminnalla mitään merkitystä. Ikäihminen on saattanut juuttua tiettyihin ennakkoluuloihin ja ajatustottumuksiin esimerkiksi terveellisestä ruuasta. Ajatustottumuksista poisoppiminen onkin suuri haaste muutoksessa, jossa on opittava pois vanhoista tottumuksista ja tavoista ja opeteltava uusia. Tässä läheisten kannustus, rohkaisu ja tuki ovat tärkeitä ja merkityksellisiä. (Ylimäki 2008, 208-220.)

Ravitsemustottumusten ja ruoankäytön selvittämiseksi olisi hyvä tuntea ja käyttää erilaisia yleisesti ravitsemustutkimuksissakin käytettyjä menetelmiä vapaamuotoisen keskustelun sijaan. Tämä voisi edistää vaikuttavuutta ja yhteinäistää ravitsemusneuvontaa. Ravitsemusneuvonnan apuna voidaan käyttää esimerkiksi lautasmallia (Kuva1.) ja myös muita ruoankäytön arviointimenetelmiä voisi käyttää ravitsemusneuvonnan tukena enemmänkin. (Ilmonen ym. 2007, 3665.)



Kuva 1. Lautasmalli (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010).

5.3 Ravitsemusneuvontaa estävät tekijät

Ikäihmisen voimavarat itsestä huolehtimiseen vaihtelevat suuresti. Huolenpito itsestä on oman elämänsä myötä muotoutunut tapa toimia ja elää. Se sisältää toiminnallisen itsehoidon ja tunneperäisen itsestä välittämisen. Huolenpito itsestä on paitsi tietoista, myös osin tiedostamatonta. Ikäihminen voi pyrkiä tekemään itsenäisiä valintoja hyvin kriittisesti välittämättä terveydenhuoltohenkilöstön ohjeista tai on jo alistunut luovuttaja, joka ei jaksakaan enää huolehtia terveydestään ja sairauksistaan. (Isola ym. 2008, 178.)

Biologisten, fyysisten ja psykologisten ikääntymismuutosten myötä toimintakyky selviytyä itsenäisesti heikkenee. Nämä muutokset rajoittavat myös kykyä selviytyä palvelujärjestelmästä ja sitoutua oman sairautensa hoitoon. Ikäihmisen eletty elämä vaikuttaa hänen arvostuksiinsa ja valintoihinsa sekä suhtautumiseen terveydenhuollon henkilöstöön. Lisäksi pitkäaikaissairauksien todennäköisyys kasvaa ja määrät lisääntyvät. (Isola ym. 2008, 179-182.)

Ilmonen ym. (2007) tutkimuksessa ravitsemusneuvonnasta todettiin neuvonnan edellyttävän ajankohtaista tietämystä ravitsemuksesta ja yhteydestä terveyteen ja sairauksiin. Ravitsemusneuvonnan todettiin vaativan vahvaa perustietämystä ja neuvontataitoja. Neuvonnan kehittämisen todettiin edellyttävän riittävää

panostusta koulutukseen ja suurempaa terveystietämisen asiantuntijoiden yhteistyötä. Ravitsemusneuvonnassa tietämysten lisäämistä ravitsemuksen pääkohdista sekä keinoja motivointiin kaivattiin. Lisäksi neuvontamenetelmistä kaivattiin selkeitä ja yhtenäisiä ohjeita. (Ilmonen ym. 2007, 3661-3664.)

Pääkkösen (2006) tutkielmassa ravitsemusneuvonnasta liittyen tyypin 2 diabetekseen käy ilmi, että ravitsemusneuvontaa annetaan terveydenhuollossa runsaasti, mutta usein ilman yhtenäisiä ohjeita siitä, miten neuvoja tulisi antaa. Neuvontatilanteet ovat hyvin yksilöllisiä ja ravitsemusneuvonta sisältää runsaasti eri tavoin rakentuvia neuvoja, jotka vastaanotetaan hyvin eri tavoin. Neuvon hyväksyminen edellyttää kuitenkin aina asiakkaan oman mielipiteen, tilanteen ja ruokailutottumusten huomioimista. Erilaisia yhtenäisiä neuvontakäytäntöjä olisi hyödyllistä kehitellä, jotta neuvonnan antajilla olisi mahdollisuus perehtyä niihin etukäteen. Yksilöllistä asiakkaan huomioivaa ravitsemusneuvontaa tarvitaan, jossa voidaan vaikuttaa ravitsemusneuvonnan tavoitteiden toteutumiseen. (Pääkkönen 2006, 50-52.)

Vuorovaikutuksellisen ja onnistuneen ohjaussuhteen luominen ravitsemusneuvontaan edellyttää riittävästi aikaa. Mikäli aika on riittämätön, niin ikäihmisen on omaksuttava opetettavat taidot ja tiedot entistä lyhyemmässä ajassa. (Isola ym. 2008, 183.) Ravitsemusneuvontaa käsittelevässä tutkimuksessa neuvontaan käytettiin aikaa keskimäärin 11 minuuttia käyntikertaa kohden (Ilmonen ym. 2007, 3664). Tästä voidaan päätellä käytettävissä olevan ajan olevan aika lyhyt. Myös ravitsemukseen liittyvien valintojen lisääntyminen ja monimutkaistuminen vaikeuttaa päätöksen tekoa, joten yksilöllistä ravitsemusneuvontaa tarvitaan edelleen (Pääkkönen 2006, 52).

Lisäksi uhkana on terveydenhuollon palvelujärjestelmän monimutkaistuminen, johtuen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän murroksesta, jossa palvelut keskittyvät kasvukeskuksiin ja samalla yksityisen sekä kolmannen sektorin rooli vahvistuu. Tämä edellyttää riittävän selkeää tiedottamista, jotta ikäihmisen hoitopolut olisivat mahdollisimman ymmärrettäviä ja helppoja. Vain tällöin voidaan edistää ikäihmisen neuvontaa ja hoitoon sitoutumista. (Isola ym. 2008, 193).

6 IKÄIHMISEN RAVITSEMUSNEUVONNASSA KÄYTE- TYT LOMAKKEET

6.1 Mini Nutritional Asessment (MNA)

Jotta ravitsemustottumusten arviointi ja neuvonta mahdollistuisi, tarvitaan pohjaksi tietoa, jossa selvitetään henkilön nykyinen ruokavalio ja sen mahdolliset keskeiset ongelmakohdat. Ravintoanamneesin tavoitteena on saada käsitys henkilön ruokailutottumuksista ja niihin vaikuttavista taustatekijöistä, ateria-ajoista, suhtautumisesta ruokaan ja ravitsemukseen. (Mäkelä ym. 2012, 161.)

Ikäihmisten ravitsemustilan arviointiin ja aliravitsemuksen tunnistamiseksi on kehitetty useampia erilaisia mittareita ja testejä (Liite 1.). European Society of Parenteral and Enteral Nutritionin (ESPE) mukaan suositeltavin ja sopivin ikäihmiselle suunniteltu testi on Mini Nutritional Assessment (MNA). (Suominen 2010, 473.)

MNA-testin kehitti ja testasi Vellas työryhmineen 1990-luvulla yhteistyössä Toulousen Yliopistosairaalan (Ranska), Uuden Meksikon yliopiston (USA) ja Nestlen tutkimuskeskuksen (Sveitsi) kanssa. Ravitsemustila arvioitiin eri tavoin (pituus, paino, laboratoriotestejä ym.) yhteensä 652 ikäihmiseltä kolmessa eri paikassa. Seulonnan tulokset pisteytettiin, ja sen mukaisesti ikäihmiset jaettiin normaalin ravitsemustilan omaaviin, vajaaravitsemusriskin omaaviin ja aliravittuihin. (Vellas ym. 1999, 117.)

Tutkimustulosten mukaan MNA-testin avulla pystyttiin löytämään ne ikäihmiset, joilla vajaaravitsemusriski oli kasvanut, mutta muutoksia painossa tai verikokeissa ei vielä näkynyt (Vellas ym. 1997, 116). MNA-testi osoitti myös hyvin vastaavuutta useiden aliravitsemuksen laboratoriodiagnostiikkatekijöiden kanssa (Aro 2008, 9).

MNA-testi rakentuu neljästä osiosta: antropometrisista mittauksista (paino, pituus ja painonlasku), yleisestä terveydentilan arvioinnista (elämäntavat, lääkitys,

liikkuminen), ruokavalion kartoituksesta (aterioiden määrä, ruoan ja nesteiden nauttiminen, itsenäisyys ruokailussa) ja subjektiivisesta arvioinnista (koettu terveys ja koettu ravitsemustila) (Aro 2008, 9-10).

Mini Nutritional Assessment -testi on helppokäyttöinen ja siinä on kuuden kysymyksen seulontaosa ja 12 kysymyksen arviointiosa. Arviointiosa täytetään siinä tapauksessa, kun seulonnan tulos osoittaa virheravitsemuksen riskin kasvaneen. Terveysthuoltoalan ammattihenkilö tekee testin. Se on nopea tehdä (5–15 min) riippuen siitä, riittääkö pelkkä seulonta vai jatketaanko arviointia loppuun saakka. MNA:ta on Suomessa käytetty laajalti kotihoidon asiakkaiden ravitsemustilan arvioinnissa. (Aro 2008, 9-10.)

6.2 Index of Diet Quality (IDQ)

Suomalaiset tutkijat Mäkelä ym. ovat vuonna 2010 kehittäneet terveyttä edistävän ruokavalion laadullista toteutumista kuvaavan mittarin, Index of Diet Qualityn (IDQ). Se määrittää henkilön ruokavalion laadun suhteessa ravitsemussuosituksiin. Sillä ei pyritä mittaamaan yksittäisiä ravintoaineita ja niiden määrällistä saantia, vaan ruokavaliota kokonaisuutena elintarvikevalinnat mukaan lukien. (Mäkelä ym. 2012, 161.)

Mittaria kehitettäessä luotiin ensin kriteeristö terveyttä edistävälle ruokavaliolle ajankohtaisen tieteellisen tiedon sekä pohjoismaisten ja suomalaisten ravitsemussuosittelujen mukaisesti. Lopullinen mittarin validointi tapahtui tutkittavien seitsemän peräkkäisen päivän aikana pitämien ruokapäiväkirjojen avulla. Näin pystyttiin tunnistamaan ne kysymykset, jotka parhaiten kuvasivat terveyttä edistävän ruokavalion toteutumista. (Mäkelä ym. 2012, 162.)

IDQ koostuu 18 kysymyksestä ja vastaukset on pisteytetty terveyttä edistävän ruokavalion kriteerien mukaan. Sen avulla voidaan tarkastella ravitsemussuosittelujen toteutumista eikä tulosten tulkinnassa tarvita ravintoainelaskentaa. Mittarin tavoitteena on olla itsenäisesti toimiva, yksinkertainen ja nopeasti täytettävä, jolloin se kuormittaa mahdollisimman vähän asiakasta ja työntekijää. Helppokäyttöisyytensä vuoksi mittaria voidaan hyödyntää laajoissakin epide-

miologisissa tutkimuksissa, joissa halutaan tietoa ruokavalion laadusta. IDQ soveltuu myös ravitsemusohjausta tarvitsevien aikuisten henkilöiden seulontaan ja neuvonnan vasteen seurantaan. (Mäkelä ym. 2012, 161-163.)

6.3 Tyypin 2 diabetesriskitesti

Suomessa yli neljännes yli 65-vuotiaista sairastaa tyypin 2 diabetesta, joka on vakava ja perinnöllinen sairaus, ja jonka puhkeamiseen elintavat vaikuttavat merkittävästi. Diabeteksen sairastumisriskin arvioimiseksi on kehitetty tyypin 2 diabetesriskitesti. Testi perustuu laajaan suomalaiseen väestöpohjaiseen seurantatutkimukseen, Diabetes Prevention Studyn (DPS), jonka professori Jaakko Tuomilehto työryhmineen toteutti satunnaistettuna ja kontrolloituna monikeskustutkimuksena vuosina 1993–2000. (Uusitupa ym. 2004, 1495.)

Tutkittavina oli 522 henkilöä, joiden glukoosinsietokyky oli heikentynyt ja joiden painoindeksi oli vähintään 25 kg/m². Tutkittavat oli satunnaistettu tutkimuskeskuksittain joko interventio- tai verrokkiryhmään. Interventior ryhmälle annettiin ensimmäisen vuoden aikana toistuvasti ruokavalio- ja liikuntaohjausta ja myöhemmin vuosina joka kolmas kuukausi. Verrokeille annettiin tietoa yleisistä terveellisistä ruokailutottumuksista ja liikunnan tärkeydestä diabeteksen ehkäisyssä. Tutkimustulosten mukaan elämäntapamuutoksilla voitiin merkittävästi vähentää tyypin 2 diabeteksen esiintyvyyttä niillä henkilöillä, joilla oli heikentynyt glukoosinsieto. (Uusitupa ym. 2004, 1495.)

Tyypin 2 diabetesriskitestissä on kahdeksan kysymystä, joiden vastaukset on pisteytetty pohjautuen tähän väestöpohjaiseen seurantatutkimukseen. Yhteenlaskettujen pisteiden perusteella voidaan arvioida varsin hyvin, miten todennäköistä sairastuminen seuraavan kymmenen vuoden aikana on. (Lindström ym. 2004,19.)

Ikä, painoindeksi ja vyötärön ympärysmitta ovat tunnettuja diabetesriskiä lisääviä tekijöitä. Muut lomakkeelle valikoituneet kysymykset koskevat verenpainelääkitystä (osoittamassa kliinisesti todettua kohonnutta verenpainetta),

aikaisemmin todettuja kohonneita verensokeriarvoja, liikuntatottumuksia sekä kasvien ja hedelmien käyttöä. Lähisukulaisten sairastama diabetes viittaa mahdolliseen geneettiseen alttiuteen ja ennustaa selvästi diabetesta. Saatujen pisteiden perusteella määritellään mahdolliset tarvittavat jatkotoimenpiteet. Riskitesti on käytännön työvälineenä selkeä ja yksinkertainen toteuttaa, minkä tekemiseen menee aikaa muutama minuutti. Testi on myös itsenäisesti tehtävissä sähköisessä muodossa. (Lindström ym. 2004, 19.)

6.4 Suomen Sydänliiton Testaa syömistottumuksesi -testi

Sepelvaltimotautikohtaukseen sairastuneista runsas puolet on yli 75-vuotiaita (Sepelvaltimotautikohtaus, 2009). Suomen Sydänliitto ry on kehittänyt helpon ja nopean testin syömistottumusten kartoittamiseksi. Sen tavoitteena on antaa testin täyttäjälle tietoa omista elintavoista, joiden tarkoituksena on edistää sydänterveyttä. Testi sisältää 11 kysymystä, jossa on kolmesta neljään eri väriä erotettua vaihtoehtoa, joista valitaan yksi, joka parhaiten vastaa omia syömistottumuksia. Testin lopussa on eri värein eroteltuna kommenttivaihtoehdot, johon vastaaja voi verrata jokaista vastaustaan. Tällöin jo huomaa, mitkä asiat syömistottumuksissa on jo kunnossa ja mihin asioihin olisi hyvä kiinnittää huomiota. (Suomen Sydänliitto ry.)

Puhelimitse 29.10.2012 selvitettiin Suomen Sydänliitto ry:n ravitsemusasiantuntija Tuija Pusalta Testaa syömistottumuksesi -testin kehitysvaiheita. Testi on kehitetty vuosina 2003–2005 Suomen Sydänliitto ry:ssä asiantuntijatyöryhmässä, joka koostui mm. lihavuustutkijoista. Lihavuustutkijat Pertti Mustajoki ja Patrik Borg yhdessä ravitsemustieteilijöiden ja THL:n (Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen) psykologin kanssa kehittivät testin alun perin neuvolatoimintaan syömisen ja painonhallinnan tueksi sekä syömistottumusten kartoittamiseksi. Tätä testattiin ja kehitettiin palautteenantoperiaatteella, jolloin käytännössä maallikot käyttivät ja kommentoivat testiä. Testi on suunnattu aikuisille ja sen on tarkoitus olla ohjaava ja suuntaa antava arvioinnin työväline. Sitä ei ole tieteellisesti testattu, eivätkä sen kysymykset ole validoituja. Se siis perustuu käytäntöihin ja toimii terveystietokasvatuksen välineenä.

7 LOMAKKEEN KEHITTÄMINEN RAVITSEMUS- NEUVONTAAN

7.1 Haastattelun tulokset

Ikäihmisen ravitsemustottumusten kyselylomakkeen suunnitteluun liittyen toteutettiin 15.3.2012 Perusturvakuntayhtymä Akselissa yhden terveydenhoitajan informatiivinen haastattelu. Näin saatiin kokemuseräistä tietoa ikäihmisen ravitsemusneuvontaan liittyen. Haastattelu sisälsi neljä eri kysymystä, jotka oli suunniteltu etukäteen, ja kestoiltaan se oli noin 1,5 tuntia.

Kumpikin opinnäytetyöntekijöistä kirjasi muistiin paperille terveydenhoitajan antamat vastaukset esitettyihin kysymyksiin. Haastattelun päätyttyä opiskelijat kokosivat yhteen kirjaamansa vastaukset kysymys kysymykseltä. Näin saatiin myös muistiin mahdollisesti kirjaamatta jääneet seikat vastauksista, koska ne olivat vielä tuoreessa muistissa.

Nämä yhteen kootut vastaukset kysymyksiin analysoitiin seuraavaksi siten, että vastauksista valittiin ikäihmisen ravitsemustottumuskyselylomakkeen sisältöön ne tekijät, jotka eniten painottuivat informaatiohaastattelussa. Myös lomakkeen ulkoasuun liittyvät asiat huomioitiin.

Ensimmäisenä haluttiin selvittää, mitä terveydenhoitaja kysyy asiakkaalta ravitsemuksesta ja ravitsemustottumuksista, ja mihin asioihin hän erityisesti kiinnittää huomiota neuvontatilanteessa?

"Ensimmäisessä kysymyksessä kysyttiin ikäihmiseltä käytetyn nesteen määrää ja laatua sekä juomiseen, suolan käyttöön ja sen lisäämiseen liittyviä asioita. Selvitettiin myös kalsiumin ja D-vitamiinin ym. vitamiinien saantia, käytetyn rasvan määrää ja laatuun sekä kuitujen ja proteiinien saantimäärään ruokavaliossa. Lisäksi kysyttiin ateriarytmistä, aterioitten laadusta, välipaloista ja ateriointitavasta esim. ateriapalvelusta."

"Erityishuomio on riittävän nesteen nauttimisella, koska useimmilla ikäihmisillä on jotain lääkitystä, jonka yhteydessä on tärkeää riittävä nesteen nauttiminen. Lisäksi juomisen tärkeydestä pitää muistuttaa, koska se saattaa usein unohtua janoisuuden vähentyessä iääntyessä. Monet ikäihmisistä sairastavat verenpainetauti, ja neuvonta suolankäytön suhteen on tarpeellista tässä yhteydessä ja muutoinkin."

Toisessa kysymyksessä kartoitettiin terveydenhoitajan käyttämää aikaa ravitsemusneuvontaan ja niitä tilanteita, joissa hän antaa tätä neuvontaa.

"Annan ravitsemusneuvontaa päivittäin noin kolme tai neljä kertaa päivässä toteutetuissa terveystarkastuksissa. Aikaa ravitsemuksen läpikäyntiin ja siihen sisältyvään neuvontaan on aivan liian vähän. Keskimäärin käytän siihen aikaa enintään 15 min. asiakasta kohden."

"Myös sairaanhoidon yhteydessä sivutaan aina ravitsemuksellisia asioita ja annetaan ravitsemusneuvontaa."

Terveydenhoitajan tällä hetkellä kokemat haasteet ja ongelmat, jotka liittyvät ikäihmisen ravitsemusneuvontaan olivat kolmannen kysymyksen aiheena. Samalla haluttiin tietää, kuka tällä hetkellä toteuttaa käytännössä ikäihmisen vastaanottotyötä Perusturvakuntayhtymä Akselissa.

"Ikäihmisen ruokavalio on liian yksipuolinen ja sisältää paljon ns. kuivaruokaa. Ikäihminen on usein rajoitteinen ruoanlaiton suhteen. Miehet ovat ravitsemusneuvonnassa haasteellisempia kuin naiset, jotka syövät monipuolisemmin. Myös yksinasujat ja lesket ovat haasteellisia. Parisuhteessa elävät syövät paremmin. Terveydenhoitajalla ei ole riittävästi aikaa ravitsemusneuvontaan ja vain perusasioita ravitsemuksesta ehditään käydä läpi. Resursseja ei ole riittävästi. Terveydenhoitajalta vaaditaan hyvin paljon itsenäistä tiedonhakua ja opiskelua ravitsemukseen liittyvissä asioissa."

"Ikäihmisen vastaanottotyötä toteuttaa terveydenhoitajan lisäksi sairaanhoitaja, lääkärit, diabeteshoitaja ja muistihoitaja. Positiivista on tässä työssä työyhteisön yhteisöllisyys, jolloin tietää saavansa tukea ja apua työtovereilta myös ravitsemukseen liittyvissä ongelmatilanteissa."

Neljäntenä eli viimeisenä kysymyksenä haluttiin tietää, mitä odotuksia ja toiveita terveydenhoitajalla on kyselylomakkeen suhteen.

"Kyselylomakkeen tulisi olla toimiva työkalu työssä ts. selkeä, nopea ja helppokäyttöinen, jossa ei ole liian paljon tekstiä. Sen pitää olla myös helppotajuinen ikäihmisen luettavaksi. Lomakkeen tulisi motivoida ikäihminen itsehoitoon ja olla "iloinen" lomake. Lähtökohtana ei saa olla vikojen etsiminen. Sen tulisi myös olla dokumentti vastaajalle, jossa se toimisi myös puheeksiottamisen apuvälineenä neuvontatyössä."

7.2 Lomakkeen sisällön tuottaminen

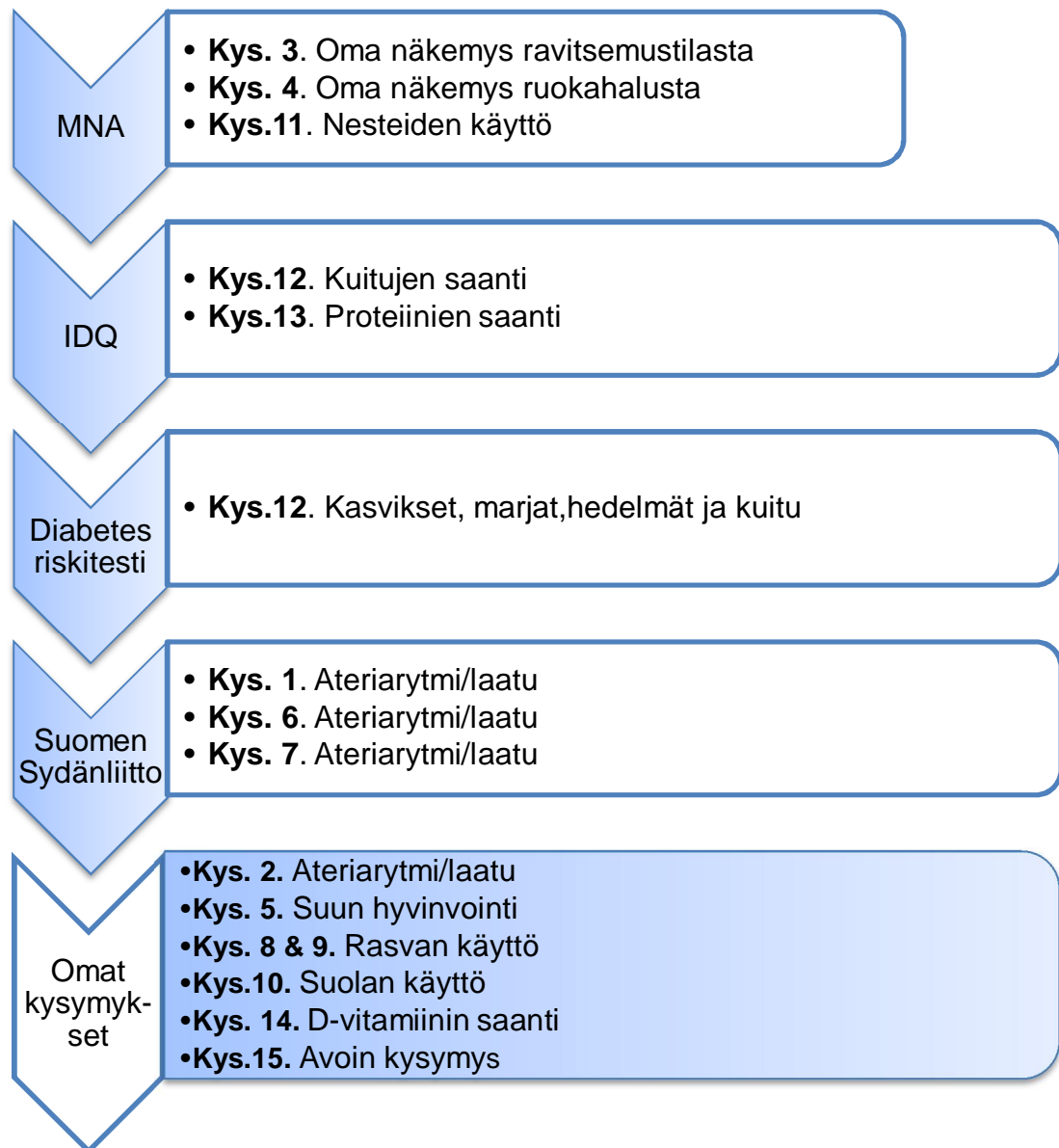
Kyselylomakkeessa (Liite 2.) olevat kysymykset suunniteltiin vahvasti opinnäytetyön systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen perustuen, ottaen samalla huomioon informatiivisessa haastattelussa saatu asiantuntijan näkemys ikäihmisen ravitsemuksesta.

Tärkeänä tekijänä lomaketta laadittaessa oli Perusturvakuntayhtymä AKSELIn terveydenhoitajalle keväällä suoritettu informatiivinen haastattelu. Häneltä saatiin arvokasta tietoa myös siitä, kuinka paljon aikaa terveydenhoitajalla on käytettävissä terveystarkastuksen yhteydessä ravitsemustottumusten kartoittamiseen ja ravitsemusneuvontaan. Haastattelussa saatiin myös kokonaiskuva siitä, mitkä ovat tällä hetkellä suurimmat haasteet ikäihmisten ravitsemusneuvonnassa.

Valmiiseen kyselylomakkeeseen pyydettiin palautetta haastatellulta terveydenhoitajalta ja lisäksi myös opinnäytetyönohjaajalta. Nämä tärkeät palautteet ohjasivat myös tarkentamaan laadittua ikäihmisen ravitsemustottumus kyselylomaketta.

Kyselylomakkeen aihealueet käsittelevät ateriarytmiä ja -laatua, omaa näkemystä ravitsemuksesta, ruokahalusta ja ruokailusta. Suun hyvinvointia sekä rasvan, suolan, kuidun, proteiinin, D-vitamiinin ja nesteen saantia käsitellään myös omissa kysymyksissä. (Kuvio 1.)

Aihealueisiin valittiin tärkeimmät ja keskeisimmät tekijät, joiden merkityksestä ikäihmisen ravitsemustottumuksissa on tieteellistä näyttöä. Yksikään kyselylomakkeeseen suunniteltu kysymys ei ole suoraan lainattu opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä olevista valmiista kyselylomakkeista, vaan niitä on muokattu ikäihmisen ravitsemustottumuksiin paremmin kohdentuviksi.



Kuvio 1. Kysymysten laadinta.

Ravitsemustilan arviointi lomakkeesta MNA kehitettiin kysymykset kolme ja neljä, joissa kysytään omaa näkemystä ravitsemustilasta ja ruokahalusta. Myös kysymys nesteistä, numero 11, laadittiin tämän lomakkeen pohjalta.

Ruokavalion laadullista toteutumista mittaavan lomakkeen IDQ perusteella kehitettiin kysymykset 12 ja 13. Nämä kysymykset kartoittavat sitä, kuinka usein

viikossa ikäihminen syö jotain tiettyä ruoka-ainetta. Kysymyksessä 12 kartoitetaan kuidun saantia ja kysymyksessä 13 proteiinin saantia viikossa.

Diabeteksen riskitestissä kysytään myös kasvien, hedelmien ja marjojen käyttöä. Tämän kysymyksen sisältö yhdistettiin kuitua kartoittavaan kysymykseen 12.

Suomen Sydänliiton Testaa syömistottumuksesi -lomake on ollut viitekehyksenä ateriarytmiä ja laatua koskeissa kysymyksissä yksi, kuusi ja seitsemän.

Rasvan, suolan ja D-vitamiinin saantiin liittyvät kysymykset laadittiin itsenäisesti opinnäytetyön kirjallisuuskatsaukseen perustuen. Rasvan käyttöä selvitetään kahdessa kysymyksessä kahdeksan ja yhdeksän. Suolan saantiin liittyvä kysymys on numero 10 ja D-vitamiinin saantiin kysymys 14. Kysymys viisi koskee suun terveydentilaa. Kysymyksessä kaksi halutaan vielä selvittää, kuka on valmistanut vastaajan syömän ruoan.

Viimeinen kysymys on avoin kysymys, jotta vastaaja voi siihen vielä kirjata mahdollisesti hänelle tärkeitä kysymyksiä tai ajatuksia, joita ei kyselyssä vielä ole tullut esille.

7.3 Valmis lomake ja sen käyttöönotto

Ikäihmisen ravitsemustottumusten kyselylomakkeen (Liite 2.) sivujen ja kysymysten määrä sekä niiden sanallinen ymmärrettävyys olivat tärkeitä lähtökohtia. Vastaaminen lomakkeen kysymyksiin ei saa olla liian vaikeaa ja työlästä ikäihmiselle. Samalla sen tulee myös olla motivoivaa ja herättää ikäihmistä miettimään omia ravitsemustottumuksiaan. Ammattihenkilöllä vastausten käsittelyn tulee olla helppoa ja sen perusteella annettavan ravitsemusneuvonnan oikein kohdennettua ja tehokasta, jotta tähän ei myöskään kulu suunniteltua enemmän aikaa.

Lomakkeen sivumäärä rajattiin kolmeen sivuun ja kysymysten määrä 15:een, koska näin sen katsottiin olevan ajallisesti sopivan mittainen täytettäväksi joko itsenäisesti tai terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa. Lomakkeen alkuun

laitettiin otsakkeen lisäksi tunnistetiedoiksi vain nimi ja ikä. Vastaajalle kirjoitettiin lyhyt ohjeistus siitä, miten valittu vastaus/vastaukset tulee merkitä. Liiallisen tekstin määrää pyrittiin välttämään, koska se oli yksi toivomus, joka esitettiin informaatiohaastattelun yhteydessä.

Kysymyksissä on kolme tai neljä eri vaihtoehtoa ja neljässä kysymyksessä pyydetään ilmoittamaan lukumäärä numeroin. Kysymysvaihtoehtojen määrä haluttiin pitää korkeintaan neljässä, koska näin vaihtoehtojen valinta on helpompaa, ja lomakkeen täyttäminen sujuu nopeammin.

Ikäihmisen ravitsemustottumusten kyselylomakkeen tavoitteena on olla ”iloinen” lomake. Lomakkeen ulkoasu pyrittiin tekemään sellaiseksi, että se houkuttelee tutustumaan ja vastaamaan. Värillisten kuvien myötä sen toivotaan herättävän ikäihmisen kiinnostuksen ja myönteisen suhtautumisen terveellisiin ravitsemustottumuksiin. Kenties kuvien viesti ohjaa ikäihmistä tekemään terveellisiä valintoja myös seuraavalla kauppamatkalla.

Perusturvakuntayhtymä AKSELIn seniorineuvolan terveyttä edistävää ja ennaltaehkäisevää toimintaa ovat terveystarkastukset, jotka tehdään kaikille kuntayhtymän 73-vuotiaille ikäihmisille (Teivainen 2012, 54). Terveystarkastuksen yhteydessä toteutettavan ravitsemustottumuskyselyn täyttää joko ikäihminen itse ennen terveystarkastusta tai se täytetään yhdessä terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa terveystarkastuksessa.

Terveydenhuollon ammattihenkilölle, joka lomaketta tulevat käyttämään, ei halettu tehdä erillistä ohjeistusta tai valmiita vastauksia kysymyksiin. Ravitsemustottumuksiin liittyvää ohjeistusta on vaikea antaa, koska ravitsemukseen liittyvää uutta tietoa ja muutoksia vallitseviin ravitsemussuosituksiin tulee paljon ja jatkuvasti. Vastauskokonaisuudet voivat tuottaa erilaisia johtopäätöksiä myös ammattilaiselle, johon lisäksi vuorovaikutustilanne ja ohjattavan motivaatio ja vastaanottokyky vaikuttavat.

Ikäihmisen ravitsemustottumusten kyselylomake tullaan esittelemään projekti-ryhmälle marraskuussa, ja sen käyttöönotto seniorineuvolan terveystarkastuksissa tapahtunee sen jälkeen.

8 POHDINTA

8.1 Eettisyys

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE on kuvannut ja perustellut arvoja, ihanteita ja periaatteita, jotka koskevat hyvää ja pahaa, oikeaa ja väärää. Tärkeänä viestinä tässä on auttaa ihmistä tekemään valintoja, ohjata ja arvioida omaa ja toisten toimintaa sekä tutkimaan oman toimintansa perusteita. Terveystarkastuksessa keskeisimpiä näistä tärkeistä Etenen määrittelemistä eettistä periaatteista ovat ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, ihmiselämän suojeleminen ja terveyden edistäminen. (ETENE 2001, 2-4.)

Tässä opinnäytetyössä ihmisarvon, itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen ja terveyden edistämiseen kuuluvat tekijät ovat tärkeitä pohdittavia asioita. Nämä tärkeät eettiset periaatteet on pyritty huomioimaan koko opinnäytetyöprosessin ajan.

Ikäihmisellä ravitsemustottumuskyselyyn vastaaminen perustuu vapaaehtoisuuteen, eikä kyselyn täyttämättä jättäminen sulje pois mahdollisuutta osallistua seniorineuvolassa tehtävään terveystarkastukseen. Lomakkeen läpikäymisen yhteyteen liittyvässä ravitsemusneuvontatilanteessa terveydenhuollon ammattihenkilön kunnioittava, ikäihmisen omia kokemuksia arvostava ja yhteisymmärrykseen pyrkivä ohjaus on tärkeää. Neuvonnan tulee olla rehellistä, ja ikäihmisellä tulee olla oikeus itseään koskevaan päätöksentekoon. Neuvonnan tavoitteena tulee myös olla ikäihmisen terveyden edistäminen.

Yksi tieteellisen tutkimuksen eettisen hyväksyttävyyden sekä sen luotettavuuden ja tulosten uskottavuuden edellytys on, että tutkimus on tehty hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu muun muassa, että tutkijat noudattavat tieteellisiä toimintatapoja, kuten rehellisyyttä, tarkkuutta ja huolellisuutta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 364.)

Tätä opinnäytetyötä tehtäessä on lähdekirjallisuuteen suhtauduttu kriittisesti ja mukaan valitut tutkimukset ja ravitsemuskyselyt ovat tutkimuseettisesti hyviä ja

luotettavia. Huolellisuuden ja rehellisyyden periaate näkyy kaikkien lähteiden tarkassa merkitsemisessä. Alkuperäisistä lähteistä ei ole tehty suoria lainauksia ja tekstilainaukset on tehty siten, ettei asiasisältö vääristy.

Tutkimusmenetelmien, tiedonhankinnan ja tutkimustulosten johdonmukainen hallinta ovat hyvän tieteellisen käytännön mukaisia toimintatapoja. Saatujen tutkimustulosten on myös täytettävä tieteelliselle tutkimukselle asetetut vaatimukset. Sen tulee tuottaa uutta tietoa tai osoittaa vanhan tiedon hyödyntäminen ja yhdistäminen uudella tavalla. (Vilkkä 2009, 30.)

Opinnäytetyön aihe valikoitui Terve AKSELI -kehittämishankkeen seniorineuvolan sisällön tuottamiseen. Aiheen valintaan pystyimme itse vaikuttamaan ja sen varmistuttua kehittämishankkeen projektiryhmä käsitteli ja myönsi luvan kokouksessaan viime syksynä. Samalla saatiin lupa tehdä informaatiohaastattelu yhdelle kuntayhtymän terveydenhoitajalle. Ravitsemustottumuksiin ja niihin soveltuvaan neuvontaan liittyvä opinnäytetyö on erittäin ajankohtainen, mielenkiintoinen ja myös innostava.

Tutkimuksen eettisyyden kannalta on merkitystä myös sillä, että opinnäytetyön tuotoksena tehtävällä ikäihmisen ravitsemustottumuksia kartoittavalla kyselyllä on selkeä tarve Akseli peruskuntayhtymässä. Ikäihmisten ravitsemustottumuksista ei ole aiemmin systemaattisesti kysytty, koska valmista lomaketta ei tähän tarkoitukseen ole ollut käytössä. Ikäihmisen terveyden, toimintakyvyn ja elämänlaadun ylläpitäminen ja edistäminen pieninkin keinoin kuten oikean ravitsemuksen avulla on tärkeää. Täten voidaan mahdollistaa myös ikäihmisen asuminen omassa kodissaan mahdollisimman pitkään.

8.2 Luotettavuus

Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten laatu tulee arvioida tarkasti, sillä se lisää kirjallisuuskatsauksen yleistä luotettavuutta, mutta myös ohjaa tulosten tulkintaa ja määrittää vaikutusten voimakkuutta. Laadun arvioiminen alkuperäistutkimuksista on tärkeää myös siksi, että sen perusteella voidaan arvioida

alkuperäisten tutkimusten tulosten tulkintaa ja kliinistä merkitystä. (Kontio & Johansson 2007,101.)

Systemaattista kirjallisuuskatsausta tehtäessä sen eri vaiheita tulee arvioida kriittisesti, jotta voidaan arvioida, kuinka luotettavaa tällä menetelmällä saatu tieto todellisuudessa on (Pudas-Tähkä& Axelin 2007, 53).

Tässä opinnäytetyössä on systemaattinen kirjallisuuden haku suoritettu ja kuvattu tarkasti. Valitun tutkimusaiheen täsmennettyä määriteltiin tutkimusprosessin alussa tutkimustehtävät ja niihin liittyen olennaiset hakusanat sekä tehtiin hakuja koskevat rajaukset. Myöskin määriteltiin ne elektroniset tietokannat, mistä tutkimusaineistoa lähdettiin hakemaan. Tehdyt haut eri tietokannoista kirjattiin muistiin ja taulukoitiin, jolloin haut voidaan tarvittaessa toistaa ja myös päivittää, mikä on myös eräs luotettavuuden kriteereistä.

Opinnäytetyön haut tehtiin suomen- ja englanninkielellä, mikä saattaa vähentää tutkimukseen valikoituvien tutkimusten määrää. Mikäli kielihaut rajaavat valikoituvien tutkimuksien määrää, puhutaan silloin ns. harmaalle alueelle jäävistä tutkimuksista ja tämä voi osaltaan heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Myös muilla kielillä olisi aiheellista tehdä hakuja, jotta oleellista tietoa ei kadotettaisi. (Pudas-Tähkä& Axelin 2007, 53.)

Hyvän tieteellisen tutkimuskäytännön mukaisesti tutkimustekstissä tulee mainita kuka tai ketkä tiedon alkulähteet ovat ja miten niitä on sovellettu (Vilkkä 2009, 30). Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen perusteella valitut lähteet opinnäytetyöhön edustavat kymmenen viimeisimmän vuoden ajalta uusinta suomalaista ja kansainvälistä tutkimustietoa. Lähdeviitteet tekstissä ovat tarkasti hakujen perusteella valikoituneiden lähteiden mukaisia.

Opinnäytetyötä teki kaksi opiskelijaa tiiviissä yhteistyössä, mikä lisää osaltaan tutkimuksen luotettavuutta. Toinen opiskelijoista on myös oman työnsä kautta perehtynyt syvällisemmin opinnäytetyön aihepiiriin kuuluvaan ravitsemusneuvontaan. Tarkkaan ja pitävään tutkimusten valintaan ja käsittelyyn vaaditaan vähintään kahden tutkijan voimavarat, tällöin pystytään myös minimoimaan virheitten määrää (Johansson 2007, 6).

8.3 Tulosten tarkastelua ja kehittämis ehdotuksia

Ikäihmisen ravitsemustottumuskyselyä ei ole vielä testattu käytännössä, joten sen käytettävyys ja toimivuus ikäihmisen näkökulmasta ei ole tiedossa. Myöskään lomaketta kehitettäessä projektiryhmän arviota ei ollut käytettävissä. Kirjallisena saatu palaute ja muutosehdotukset AKSELIn yhdeltä terveydenhoitajalta toimivat ainoana käyttäjän arviona. Terveydenhuollon ammattihenkilöt eivät ole vielä lomaketta työssään käyttäneet ja testanneet, joten palautteet ja arviot lomakkeen käytettävyydestä puuttuvat.

Yhtenä tavoitteena on helpottaa ja tehostaa ravitsemusneuvontaa ja motivoida henkilökuntaa helpommin antamaan ravitsemusneuvontaa, koska kyselylomake toimii eräänlaisena hyvänä runkona ja muistilistana, joka auttaa asioiden puheeksi ottamista. Lomake myös mahdollistaa lähtötilanteen arvioinnin helpommin ja nopeammin, löytää oleelliset asiat ja mahdolliset ongelmakohtien löytämisen kaikilta terveystarkastettavilta samalla tavalla riippumatta vuorovaikutustilanteesta vaikuttavista tekijöistä.

Ikäihmisen ravitsemustottumusten kyselylomakkeen avulla saadaan arvokasta tietoa terveystarkastuksissa käyneiden ikäihmisten ravitsemustottumuksista systemaattisesti ja kattavasti. Tällaista suuremmalta joukolta saatua tietoa voidaan hyödyntää kuntayhtymässä esimerkiksi suunniteltaessa uutta sisältöä tai palveluja seniorineuvolaan. Se helpottaa toiminnan kehittämistä monella eri tavalla, kuten ohjaa puuttumaan erityisesti niihin ravitsemustottumusten ongelmakohtiin, jotka nousevat eniten esille.

Nyt tehty ikäihmisen ravitsemustottumusten kyselylomake on saatavilla pelkästään paperisena versiona. Tärkeää on, että Perusturvakuntayhtymä AKSELissa se saadaan myös sähköiseen muotoon kuntayhtymän sisäisille sivuille, jolloin se on siellä terveydenhuollon ammattihenkilöiden tavoitettavissa ja helposti käytettävissä. Mahdollisesti myös ikäihminen voi sen etukäteen täyttää. Näin lomakkeen tunnettavuus ja käytettävyys lisääntyvät.

Käyttöönotto edellyttää, että lomakkeesta tiedotetaan riittävästi henkilökuntaa, jotta lomake on kaikkien tavoitettavissa ja mahdollisimman helposti käytettä-

vissä. Myös koulutusta sen käyttötarkoituksesta ja yhdenmukaisesta käyttötavasta on hyvä antaa. Suositeltavaa on, että se löytyy myös AKSELIn omasta tietojärjestelmästä, intrasta. Sen voi mahdollisesti myös liittää ikäihmisen terveyskertomukseen sähköisenä versiona. Näin siihen kirjatut tiedot tallentuvat ja siihen voi tarvittaessa helposti palata ikäihmisen muiden terveys- tai sairauskäyntien yhteydessä.

Lomakkeen sisällön arviointi ja päivittäminen säännöllisesti on tärkeää, jotta kyselylomake vastaa nykyisin melko nopeasti muuttuvia ikäihmisen ravitsemussuosituksia ja tietoa terveydentilaan vaikuttavista tekijöistä. On myös tärkeää koota palautetta lomakkeen käyttäjiltä, sekä ikäihmisiltä, että ammattihenkilöiltä, jotta lomaketta voidaan edelleen kehittää vastaamaan paremmin odotuksia.

Ikäihmisen ravitsemustottumuskyselyä voidaan lisäksi tarvittaessa käyttää tiedon keräämiseen ja tallentamiseen esimerkiksi tutkimuksellisessa tarkoituksessa tai peruskuntayhtymän palveluiden kehittämiseen. Näin myös ravitsemusneuvonnan jatkuva uudelleen kehittäminen mahdollistuu.

Kyselylomake sopii hyvin myös henkilökunnan ravitsemustietämyksen ja koulutustarpeen arviointiin, koska sen tavoitteena on yhdenmukaistaa ravitsemusneuvontaa, joka perustuu voimassa oleviin ravitsemussuosituksiin. Lomaketta käyttäessään ammattihenkilön omat koulutustarpeet voivat tarkentua, ja se voi myös motivoida ja helpottaa neuvonnan antamista.

Ikäihmisen ravitsemustottumuskyselyä voidaan jatkossa käyttää ja testata myös opiskeluun liittyvissä jatkotutkimuksissa, jotka käsittelevät ikäihmisen terveystarkastuksia ja ravitsemustottumusten kartoittamista sekä yksilövastaanototyötä. Näin kyselylomakkeen avulla saadaan arvokasta tietoa kerättäväksi ja käytettäväksi myös moniin muihin jatkotutkimuksiin.

LÄHTEET

- Alden-Nieminen, H. & Raulio, S. & Männistö, S. & Laitalainen, E. & Suominen, M. & Prättälä, R. 2009. Ikääntyneiden suomalaisten ateriointi- Ruokapalveluiden seurantaraportti 3. THL Raportti 7/2009. Viitattu 12.11.2011. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/5572b601-e49d-4196-aeaf-22b5b968a7eb>
- Aro, A. 2008. Ikäihmisten aliravitsemus on yleistä: hoitohenkilökunnan koulutus auttaa ravitsemushäiriöiden tunnistamista ja torjumista. *Diabetes ja lääkäri* 2008; 37(5), 7-10.
- Eloranta, T. & Punkanen, T. 2008. Vireään vanhuuteen. Helsinki: WSOY.
- ETENE, Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta 2001. Terveystuon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Viitattu 28.10.2012. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf
- Fogelholm, M. 2011. Ravitsemussuositukset uudistuvat – muuttuuko mikään?. *Työterveyslääkäri* 2011;29(2), 17-21.
- Hakonen, S. & Suomi, A. 2008. Kuluerästä voimavaraksi: sosiokulttuurinen puheenvuoro Jyväskylä: PS- kustantamo.
- Heikkinen, E. 2010. Elintapojen yhteys vanhenemiseen. Teoksessa Heikkinen E. & Rantanen T. (toim.) *Gerontologia*. Tampere: Kustannus Oy Duodecim, 333-334.
- Helldán, A.; Lallukka, T.; Rahkonen, O.; Lahelma, E. 2011. Ruokatottumusten muutokset vanhuuseläkkeelle siirryttäessä. *Suomen Lääkärilehti* 2011; 66 (3), 153-158.
- Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2001. Tutki ja kirjoita. 6.-7. painos, Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.
- Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15.-16. painos, Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu. Tallinna. Raamatutrükikoda.
- Ilmonen, J.; Isolauri, E. & Laitinen, K. 2007. Ravitsemusneuvonta koetaan tärkeäksi neuvolatyössä. *Suomen Lääkärilehti* 2007; 40 (62), 3661-3666.
- Isola, A.; Vuoti, M.; Saarnio, R. & Routasalo, P. 2008. Ikääntyvän hoitoon sitoutuminen. Teoksessa Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset - huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Axelin, A., Johansson, K., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.). *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisu.
- Johansson, Y.; Bachrach-Lindström, M.; Carstensen, J.; Ek, A-K. 2008. Malnutrition in a home-living older population: prevalence, incidence, and risk factors. A prospective study. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1354-1364.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY pro.
- Kansaneläkelaki 568/2007. <http://www.finlex.fi>
- Kivelä, S-L. & Vaapio, S. 2011. Vanhana tänään: kohtaavatko tiedot, suositukset ja arkipäivän kokemukset toisensa ikääntyneiden ja vanhusten hoidossa ja palveluissa? Eesti: Tallinna Raamatutrükikoda.

Kontio, T. & Johansson, K. 2007. Systemaattinen tarkastelu alkuperäistutkimuksien laatuun. Teoksessa Johansson, K.; Axelin, A.; Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitoksen julkaisu.

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 2006; 18 (1), 37-42.

Laaksonen-Heikkilä, R. 2011. Terve AKSELI projektisuunnitelma, päivitetty 12062011.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Liimatainen, L. 2007. Terveystiedon edistäminen. Teoksessa Lyyra, T.; Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) Vanheneminen ja terveys. Tampere: Tammer-Paino Oy, 30-37.

Lindström, J.; Peltonen, M. & Tuomilehto, J. 2004. Kansanterveyslehti. Diabeteksen ennustamiselle kätevä riskitesti. Viitattu 19.3.2012, http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2004/5-6_2004

Marin, M. 2010. Perheet, sukupolvet ja sosiaaliset verkostot. Teoksessa Heikkinen E. & Rantanen T. (toim.) Gerontologia. Tampere: Kustannus Oy Duodecim, 64-72.

Mäkelä, J.; Lagström, H. & Laitinen K. 2012. Uusi ruokavalion laadun mittari ravitsemusohjauksen tueksi. *Suomen Lääkärilehti* 2012; 3 (67), 161-163.

Paturi, M.; Tapanainen, H.; Reinivuo H. & Pietinen P. (toim.) 2008. Finravinto 2007- tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 2008/B23.

Pitkälä, K.; Suominen, M.; Soini, H.; Muurinen, Strandberg, T. 2005. Vanhuksen aliravitsemus ja sen hoito. *Suomen Lääkärilehti* 2005; 51-52 (60), 5267-5269.

Pirinen, L. 2007. Työterveyshoitajan terveysneuvonta ja sen kehittäminen – esimerkkinä painonhallinta. Väitöskirja. Turun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen laitos. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C, osa 264. Turku: Painosalama Oy.

Portin, P. 2010. Vanheneminen biologisena ilmiönä. Teoksessa Heikkinen E. & Rantanen T. (toim.) Gerontologia. Tampere: Kustannus Oy Duodecim, 310-321.

Pudas-Tähkä, J. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaaminen, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson, K.; Axelin, A.; Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisu.

Puro, K. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2010; 126 (13), 1523-1524.

Pääkkönen, R. 2006. Neuvojen antaminen ja vastaanottaminen tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyssä ja hoidossa käytetyssä ravitsemusneuvonnassa. Jyväskylän yliopisto Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta Terveystieteiden laitos. Pro Gradu-tutkielma, 62 s.

Sallinen, J. 2007. Dietary intake and strength training adaption in 50-70- year old men and women: with special reference to muscle mass, strength, serum anabolic hormone concentrations, blood pressure, blood lipids and lipoproteins and glycemic control. Jyväskylän yliopisto Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Terveystieteiden laitos. Viitattu 3.6.2012. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/13525/9789513929015.pdf?sequence=1>

Salmela, S. & Matilainen, I. 2007. Neuvontakeskustelu. Teoksessa Lyyra, T.; Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) Vanheneminen ja terveys. Tampere: Tammer-Paino Oy, 218-232.

Sarlio-Lähteenkorva, S.; Finne-Soveri, H.; Hakala, P.; Hakala-Lahtinen, P.; Männistö, S.; Pitkälä, K.; Soini, H.; Suominen, M. 2009. Ikääntyneiden ravitsemus kuntoon- uudet suositukset viitoittavat tietä. *Gerontologia* 2009;4, 230-232.

Sarvimäki, A. 2008. Vanheneminen eri kulttuureissa ja etnisissä ryhmissä. Teoksessa Heikkinen, E. & Suomi, A. (toim.). Gerontologia. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 85-94.

Sepelvaltimotautikohtaus. Käypähoito 2009. Viitattu 22.3.2012. <http://www.kaypahoito.fi>

Soini, H. 2004. Nutrition in patients receiving home care. Väitöskirja. Turun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen laitos. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja D, Medica - Odontologica, 639 Turku: Painosalama Oy.

STM 2009:24. Ikäneuvo-työryhmä. Neuvonta- ja palveluverkosto ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä. STM. 2009. Viitattu 24.4.2012 http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/14218/

Suomen Sydänliitto ry. Testaa syömistottumuksesi. Viitattu 20.3.2012 <http://www.sydanliitto.fi/syomistottumukset>

Suominen, M. 2007. Ravitsemus. Teoksessa Lyyra, T.; Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) Vanheneminen ja terveys. Tampere: Tammer-Paino Oy, 184-199.

Suominen, M. 2010. Ravitsemus vanhenemisen tukena. Teoksessa Heikkinen, E. & Suomi, A. (toim.) Gerontologia. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 467-484.

Suominen, M. & Pitkälä, K. 2010. Ikääntyneen ihmisen ravitsemus. Teoksessa Tilvis, R.; Pitkälä, K.; Strandberg, T.; Sulkava, R.; Viitala, M. (toim.) Geriatria. Porvoo. WS Bookwell Oy, 350-356.

Suominen, M. 2012. Uudet ravitsemussuositukset ikäihmisten tarpeisiin [luento]. Hoitotiede 2012 tapahtuma. 9.2.2012. Turku.

Suutama, T. 2010. Muisti ja oppiminen. Teoksessa Heikkinen E. & Rantanen T. (toim.) Gerontologia. Tampere: Kustannus Oy Duodecim, 192-202.

Teivainen, Elina 2012. Seniorineuvola - sinne on helppo tulla. Opinnäytetyö YMK. Turun ammattikorkeakoulu.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Viitattu 6.3.2012 http://www.stm.fi/lainsaadantohankkeet/sosiaali_ja_terveydenhuolto/terveydenhuoltolaki

Tiikkanen, P. & Heikkinen, R-L. 2011. [Sosiaalisen toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen väestötutkimuksessa \(pdf 151 kt\)](http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/S008_suositus_sosiaalinen_vt_110126.pdf). Viitattu 24.4.2012. http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/S008_suositus_sosiaalinen_vt_110126.pdf

Tilvis, R. 2010. Vanhenemismuutokset. Teoksessa Tilvis, R.; Pitkälä, K.; Strandberg, T.; Sulkava, R.; Viitanen, M. (toim.) Geriatria. Porvoo. WS Bookwell Oy, 20-59.

Uusitupa, M.; Lindi, V.; Louheranta, A.; Salopuro, T.; Lindström, J. & Tuomilehto, J. Elämäntapamuutokset korjaavat pysyvästi insuliiniresistenssiä heikentyneessä sokerinsiedossa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2004; 120 (12), 1495-1497. Viitattu 10.10.2012 <http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?>

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005. Suomalaiset ravitsemussuositukset – ravinto ja liikunta tasapainoon. Helsinki: Edita Prima.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Helsinki: Edita Prima.

Vellas, B.; Guigos, Y.; Garry, Philip J.; Nourhashemi, F.; Bennahum, D.; Laugue, S. & Albaredo, J-L. 1999. The mini nutritional assesment (MNA) and its use in grading the nutritional state of

elderly patients. Nutrition, Vol. 15, 2/1999,116-122. Viitattu 20.3.2012.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0899900798001713>

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Vänskä, K.; Laitinen-Väänänen, S.; Kettunen,T. & Mäkelä,J. 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosi-
aali- ja tervysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita Prima.

Ylimäki, E. 2008. Terveysten edistäminen – Terveellisiin elintapoihin sitoutuminen. Teoksessa
Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Ikäihmisen ravitsemusneuvonnassa käytetyt lomakkeet

Mittari/tekijä/ vuosi	Kohde- ryhmä	Mitä seulotaan	Mittarin osiot	Muuta
MNA (Mini Nutritional Assesment) -validoitu -standardoitu - Vellas BJ ym. 1999 Ranska	>65v. ikäihmiset	paino,pituus,BMI painonlasku, elä- mäntavat, liikku- minen, lääkitys aterioiden määrä ruoan ja nesteiden nauttiminen, itse- näisyys ruokai- lussa, koettu ter- veys ja ravitse- mustila	seulontaosa 6 kysymystä > arviointiosa 12 kysymystä	-terv.huoltoalan ammattihenkilö tekee - nopea tehdä, 5-15 min. käyttöalue: perusterv.hoito -kotihoito -arvio pitkällä aikavälillä
IDQ (Index of Diet Quality) -validoitu Mäkelä ym. v. 2010 Suomi	-aikuiset	-terveyttä edistä- vän ruokavalion laadullista toteu- tumista	18 kysymystä -0-9 pist.> terveyttä edist.rv. ei toteudu 10-15pist.ok	-itsenäinen käytettävyys -nopea täyttää -vähäinen työntekijän ja potilaan kuor- mittavuus
Diabetes Riskitesti -validoitu Lindström ym. v. 2004 Suomi	kaikki ikä- luokat, nuorille oma testi	ikä(45v.alk.) -paino,pituus,BMI vyötärö ymp.mitta -verenpainelääki- tys, aiemmin ko- honneet	8 kysymystä, joka kys. pis- teytetty, max.pist.26 -oma sairas-	-terv.huollon ammattihenk. työkalu esim. työterv.tarkast. tehtäessä -nopea tehdä

		verensok.arvot -liikunta -hedelmien ja kas- visten käyttö -lähisukulaisten sairastama diabe- tes	tumisriskin arvio saatujen pisteiden pe- rusteella	-kuka tahansa voi tehdä esim. netin kautta www.diabetes.fi
TESTAA SYÖMISTOTTUMUK- SESI -testi -ei validoitu SUOMEN SYDÄNLIITTO ry. v. 2003-2005 Suomi	kaikki omasta sydänter- veyden edistämi- sestä kiin- nostuneet	-omien syömistot- tumusten kartoitus -mm.aamupalan koostumus, mitä juo janoonsa	11 kysymystä, kolme eri värikategoriaa syömistottu- musten tulkin- nat näitten perusteella	yksi elintapa- testeistä - nopea tehdä -kuka tahansa voi tehdä www.sydanliitto .fi/

Lähteet: Lindström, J.; Peltonen, M. & Tuomilehto, J. 2004; Mäkelä, J.;Lagström, H. & Laitinen, J. 2010; Suomen Sydänliitto ry.; Vellas, BJ. ym. 1999.

Ravitsemustottumusten kysely ikäihmiselle



NIMI: _____ IKÄ: _____

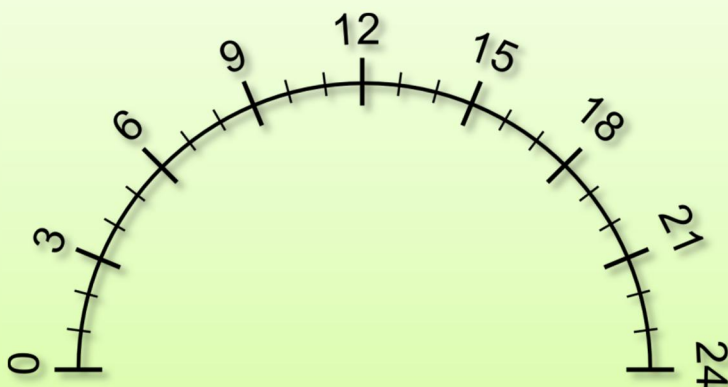
Tällä kyselyllä kartoitetaan ravitsemustottumuksiasi terveystarkastusta varten.

- **LUE** kysymys huolellisesti ennen vastaamista ja vastaa kaikkiin kysymyksiin.
- **VASTAA** kysymyksiin ympäröimällä sopiva vaihtoehto ja/ tai vaihtoehdot. Lukumäärää kysyttäessä merkitse numeroin.

1. Syötkö päivittäin

- aamupalan
- lounaan
- päivällisen
- välipaloja (mukaan lukien iltapalat). Jos kyllä, niin kuinka monta kertaa? _____.

Merkitse kellonaikoja kuvaaville viivoille omat ateriasi unohtamatta välipaloja:



2. Kuka yleensä valmistaa ruokasi?

- Minä itse.
- Puoliso/ kumppani tai omainen.
- Syön valmisruokia/ eineksiä.
- Käytän kotiateriapalvelua.

3. Mikä on oma näkemyksesi ravitsemustilastasi?

- a) Syön riittävästi ja monipuolisesti.
- b) Minulla on ruokailuun liittyviä pieniä ongelmia, mitä: _____
- c) Syön liian vähän ja liian yksipuolisesti.
- d) En osaa sanoa.

4. Onko ruokahalusi ollut viimeisen kolmen kuukauden aikana

- a) hyvä, ei ruokahaluttomuutta
- b) melko hyvä
- c) huono
- d) en osaa sanoa.

5. Onko sinulla vaikeuksia pureskella ja/ tai niellä syömääsi ruokaa?

- a) Ei koskaan tai harvoin.
- b) Joskus.
- c) Melko usein.
- d) Aina.

6. Jätän väliin ns. lämpimän aterian

- a) 1–2 kertaa kuukaudessa tai harvemmin
- b) pari kolme kertaa viikossa
- c) kerran viikossa
- d) lähes päivittäin.



7. Syön yleensä silloin, kun

- a) minulla on nälkä
- b) ruokaa on tarjolla tai on ruoka-aika
- c) haluan hemmotella itseäni
- d) minulle tulee mieliteko.

8. Mitä rasvaa levität leivällesi tavallisesti?

- a) Voita tai voiseosta (esim. Oivariini).
- b) Kasvismargariinia (esim. Flora, Keiju, Becel).
- c) Kasvistanoli (esim. Benecol).
- d) En mitään rasvaa.

9. Käytätkö kermaa, kermaviiliä, ranskankermaa, smetanaa tai voita ruoanvalmistuksessa tai leivonnassa tai syötkö ruokia/ leivonnaisia, joiden valmistuksessa on käytetty näitä?

- a) En lainkaan tai harvoin.
- b) Kerran viikossa.
- c) Muutamia kertoja viikossa.
- d) Melkein päivittäin.

10. Käytän ruoanvalmistuksessa tai lisään valmiiseen ruokaan maustekastikkeita tai suolapitoisia mausteita (soijakastike, yrttisuola, sinappi, ketsuppi, aromisuola, liemikuutio)

- a) en lainkaan tai harvoin
- b) kerran viikossa
- c) muutamia kertoja viikossa
- d) melkein päivittäin.



11. Juon/ käytän yleensä

- a) nestemäisiä maitovalmisteita (maito, piimä, maitojuoma, jogurtti, viili) ____ lasillista päivässä.
- b) vettä ____ lasillista päivässä.
- c) muita juomia (mehu, tuoremehu, kotikalja, limonadi tms.) ____ lasillista päivässä.
- d) kahvia/ teetä/ kaakaota ____ kupillista päivässä.

1 lasi/ kupillinen = 2dl

12. Kuinka monena päivänä viikossa syöt

- a) täysjyväviljavalmisteita (esim. ruisleipä, puuro, mysli)? ____ päivänä viikossa.
- b) kasviksia? ____ päivänä viikossa.
- Montako annosta? **(1 annos = esim. 1 tomaatti tai 1dl raastetta)** ____ annosta viikossa.
- c) marjoja ja hedelmiä? ____ päivänä viikossa.
- Montako annosta? **(1 annos = esim. 1 omena tai 1dl marjoja)** ____ annosta viikossa.

13. Kuinka usein syöt

- a) lihaa, kalaa tai kanaa? ____ päivänä viikossa.
- b) rahkoja, vanukkaita tai jäätelöä? ____ päivänä viikossa.
- c) juustoja tai leikkeleitä? ____ päivänä viikossa.
- d) kananmunaa? ____ päivänä viikossa.

14. Mikä tai mitkä näistä D-vitamiiniin liittyvistä toteutuu kohdallasi?

- a) Ulkoilen päivittäin.
- b) Käytän margariinia säännöllisesti.
- c) Syön kalaa vähintään kahdesti viikossa.
- d) Käytän D-vitamiinivalmistetta säännöllisesti suositusten mukaan.

15. Tuleeko mieleesi vielä jotain kysyttävää tai lisättävää liittyen ravitsemustottumuksiisi?

Lähteet: www.diabetes.fi/diabetestietoa/diabeteksen_ekaisy/riskitesti/
www.mna-elderly.com/forms/MNA_finnish.pdf

Mäkelä, J.; Lagström, H. & Laitinen K. 2012. Uusi ruokavalion laadun mittari ravitsemusohjauksen tueksi, IDQ

www.sydanliitto.fi/syomistottumukset

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille

Opinnäytetyöntekijät 2012 © Kristiina Saanakorpi & Erja Yönti-Kalske